

Definition und Klassifikation
depressiver Erkrankungen
unter besonderer Berücksichtigung
der neurotischen und reaktiven
Depression

Beate Ollesch

Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Direktor: Prof. Dr. med. D. Ploog

Definition und Klassifikation depressiver Erkrankungen
unter besonderer Berücksichtigung der
neurotischen und reaktiven Depression

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Beate Ollesch

aus

München

1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Feuerlein

Mitberichterstatter: 1. Prof. Dr. D. Ploog
2. Prof. Dr. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 30.07.86

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. ALLGEMEINER TEIL	3
1. DIAGNOSE UND KLASSIFIKATION IN DER PSYCHIATRIE	3
1.1 Historischer Überblick über verschiedene Traditionen psychiatrischer Klassifikation	3
1.2 Zeitgenössische Kritik an psychiatrischer Diagnostik	6
1.3 Sinn und Zweck psychiatrischer Diagnostik	6
1.4 Problematik psychiatrischer Diagnostik	7
1.5 Unterschiedliche Klassifikationsmöglichkeiten psychiatrischer Störungen	8
1.6 Ansätze zur Vereinheitlichung der Diagnostik	10
1.7 Die Entwicklung einer internationalen Klassifikation: ICD ('International Classification of Diseases')	11
2. ENTWICKLUNG DER BEGRIFFE 'NEUROSE', 'REAKTION' UND 'ANPASSUNGSSTÖRUNG'	13
3. HISTORISCHE ASPEKTE EINER KLASSIFIKATION DER DEPRESSIONEN	19
3.1 Das 'endogen'-'reaktiv'-Konzept	19
3.2 Das unitaristische Konzept	24
3.3 Das psychoanalytische Konzept	25
III. HAUPTTEIL	27
1. HEUTE GÄNGIGE KLASSIFIKATIONSSCHEMATA DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN	27
1.1 Überblick über gegenwärtige Trends in der Klassifikation depressiver Zustände	27

	Seite
1.2	Kategoriale Klassifikation 28
1.2.1	Das Schema von Kielholz (1969) 28
1.2.2	Die Einteilung der Newcastle-Gruppe 32
1.2.3	Paykels Typologie (1971) 37
1.2.4	Das 'unipolar'-'bipolar'-Konzept 44
1.2.5	Das 'primary'-'secondary'-Konzept 46
1.2.6	Winokurs System (1973) 50
1.2.7	Kleins System (1974) 53
1.2.8	Neuklassifizierung von Roth (1978) 55
1.3	Dimensionale Klassifikation 58
1.3.1	Kendells "psychotic-neurotic-continuum" 58
1.3.2	Eysencks zweidimensionales Modell 59
1.4	Diagnostiksysteme 61
1.4.1	Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research (Feighner et al. 1972) 61
1.4.2	Research Diagnostic Criteria (RDC, 3. Aufl. 1978) 62
1.4.3	Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (DSM-III, 3. Aufl. 1980) 66
1.4.4	International Classification of Diseases (ICD-9 1979) 73
2.	DEFINITIONEN UND UNTERSCHIEDUNGSKRITERIEN FÜR DIE REAKTIVE UND NEUROTISCHE DEPRESSION 81
2.1	Überblick über verschiedene Standpunkte zum 'reaktiv'-'neurotisch'-Konzept 81
2.2	Ätiologische Differenzierung von neurotischer und reaktiver Depression in der deutschsprachigen Literatur 86
2.2.1	Definitionen 86
2.2.1.1	Die Definitionen von Kielholz 87
2.2.1.2	Die Definitionen von Binder 89
2.2.1.3	Die Definitionen von Bräutigam 90
2.2.2	Nosologische Abgrenzung 92
2.2.3	Unterscheidungskriterien für die reaktive und neurotische Depression 94

	Seite
2.2.3.1 Die Kriterien von Kielholz	94
2.2.3.2 Ergänzung durch andere Autoren	96
2.2.3.3 Problematik und Anwendbarkeit der Kriterien	103
2.2.3.4 Zusammenfassung der genannten Kriterien	108
3. EINORDNUNG DER REAKTIVEN UND NEUROTISCHEN DEPRESSION IN DIE GÄNGIGEN KLASSIFIKATIONSSCHEMATA	114
3.1 'Primary'-'secondary'	114
3.2 'Unipolar'-'bipolar'	115
3.3 Winokurs System (1973)	116
3.4 Roths Neuklassifizierungsversuch (1978)	117
3.5 Research Diagnostic Criteria (RDC, 3. Aufl. 1978)	118
3.6 Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (DSM-III, 3. Aufl. 1980)	120
3.7 International Classification of Diseases (ICD-9 1979)	121
3.8 Tabellarische Zusammenfassung der Einordnung von neurotischer und reaktiver Depression in die gängigen Klassifikationsschemata	122
4. FRAGEBÜGEN ZUR UNTERSCHIEDUNG REAKTIVER UND NEUROTISCHER DEPRESSION	125
4.1 Klinische Beurteilungsskalen in der Psychopathometrie	125
4.2 Diagnostik depressiver Erkrankungen mittels klinischer Beurteilungsskalen	127
4.2.1 Fragebögen zur Erfassung des psychopathologischen Querschnittsbefundes bei depressiven Patienten	128
4.2.2 Syndromatologische Klassifikation depressiver Erkrankungen mit Fragebögen	132
4.2.3 Nosologische Klassifikation depressiver Erkrankungen mit Fragebögen	134

	Seite
4.2.4 Verwendung von Persönlichkeitsfragebögen in der Diagnostik depressiver Erkrankungen	137
4.3 Zusammenstellung von Fragebögen zur Unter- scheidung von neurotischer und reaktiver Depression	139
IV. ZUSAMMENFASSUNG	148
LITERATURVERZEICHNIS	159

I. EINLEITUNG

Besonders in den letzten 20 Jahren wurde eine Klassifikation depressiver Erkrankungen problematisiert und diskutiert; einige Autoren bemühten sich um alternative Einteilungskriterien zu den traditionellen nosologischen Schemata. Dabei wurde auch das Konzept der neurotischen versus reaktiven Depression von verschiedenen Standpunkten aus kritisiert. Es bestehen erhebliche Kontroversen bezüglich Definition und Diagnostik der neurotischen und reaktiven Depression. Hinzu kommt, daß es heute - entsprechend der Anzahl miteinander konkurrierender Depressionsschemata - unterschiedliche Möglichkeiten gibt, die neurotische und reaktive Depression zu diagnostizieren. Allein anhand einer Gegenüberstellung der ICD-9 (1979) und der DSM-III (1980) wird die heutige Problematik deutlich. Während die ICD-9 (1979) am Einteilungsprinzip 'endogen', 'neurotisch', 'reaktiv' festhält, tauchen diese Begriffe in der DSM-III (1980) nicht mehr auf. Statt dessen werden neue vergleichbare, aber nicht deckungsgleiche Kategorien, wie z.B. die der 'Anpassungsstörung' ('adjustment disorder'), eingeführt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es deshalb, Definitionen und Unterscheidungskriterien für die neurotische und reaktive Depression auf dem Hintergrund heute gängiger Depressionsschemata herauszuarbeiten.

Vorausgeschickt werden im ersten, allgemeinen Teil historisch relevante Aspekte, die zu einem näheren Verständnis der Problematik psychiatrischer Klassifikation allgemein und Klassifikation der Depressionen speziell beitragen. Im Hauptteil folgt nach einem kritischen Überblick über die derzeit wichtigsten Klassifikationsschemata depressiver Erkrankungen die Erarbeitung der Diagnostikkriterien für die neurotische und die reaktive Depression anhand

der Literatur.

Es wird dann versucht, die neurotische und reaktive Depression in die erwähnten Schemata einzuordnen; Übereinstimmungen und Abweichungen werden diskutiert.

Unter dem Gesichtspunkt einer reliableren Diagnostik werden abschließend Fragebögen zur psychopathologischen, syndromatologischen, nosologischen Klassifikation depressiver Erkrankungen und zur Persönlichkeit depressiver Patienten zusammengestellt und auf ihre Verwendbarkeit zur differentialdiagnostischen Unterscheidung neurotische versus reaktive Depression überprüft.

II. ALLGEMEINER TEIL

1. DIAGNOSE UND KLASSIFIKATION IN DER PSYCHIATRIE

1.1 Historischer Überblick über verschiedene Traditionen psychiatrischer Klassifikation

Die Problematik einer Klassifikation seelischer Erkrankungen durchzieht die gesamte Geschichte der Psychiatrie. Seit der Jahrhundertwende ist der Begriff 'Klassifikation' unmittelbar mit dem Namen von E. Kraepelin verbunden.

In der Zeit vor Kraepelin war eine Klassifikation zunächst symptomatologisch orientiert und beruhte auf einer Beschreibung psychopathologischer Phänomene des jeweiligen Querschnittbildes. Die ätiologische Deutung dieser Phänomene dagegen war mehr oder weniger spekulativ, besonders im Zeitalter der Romantik stark metaphysisch geprägt. Es resultierte ein unbefriedigender nosologischer Pluralismus. Dem entgegen standen "unizistische Bestrebungen" (zit. n. Vliegen 1973), die entsprechend Zellers (1804-1877) 'Einheitspsychose' in allen Formen der Seelenstörungen nur verschiedene Stadien eines einheitlichen Prozesses sahen, die sich im Verlauf ablösen und kombinieren. Initialstadium sei meistens die Melancholie.

Griesinger (1817-1868) forderte schließlich, nicht die Philosophie, sondern die Empirie zur Grundlage der Psychiatrie zu machen, und begründete die hirnanatomische und hirnpathologische Schule. Die klinische Beobachtung geriet damit in den Hintergrund. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts, als die Hirnforschung nicht die Ergebnisse erbracht hatte, die man sich erhofft hatte, setzte die klinische Schule sich wieder durch und erreichte ihren Höhepunkt unter Kraepelin. Bedeutendster Pionier dieser Be-

wegung war K. Kahlbaum (1828-1899), der erste Ansätze in Richtung einer übersichtlichen Klassifikation erarbeitete, indem er sogenannte Habitualformen bzw. Zustandsbilder streng von eigentlichen Krankheiten differenzierte. Die klinische Beobachtung rückte wieder in den Vordergrund, wobei man aber jetzt eine rein symptomatologisch orientierte Betrachtungsweise zu überwinden suchte (Schmidt-Degenhard 1983, Ackerknecht 1967).

Kraepelin (1856-1926) betonte dementsprechend in der 8. Auflage seines Lehrbuches neben der symptomatologischen Erfassung von Geisteskrankheiten besonders die Wichtigkeit der Verlaufsbeobachtung eines Krankheitsfalles und die Notwendigkeit, aus Symptomatik und Verlauf eine prognostische Aussage ableiten zu können. Er postulierte schließlich Krankheitseinheiten mit gemeinsamer Ätiologie, Psychopathologie, Verlauf und Prognose, die in ihrer Gesamtheit ein natürliches System der Geisteskrankheiten ergeben. Mit diesem Konzept setzte er sich vor allem in Europa durch und prägt bis heute noch die psychiatrischen Klassifikationen - von nationalen Eigenheiten abgesehen.

Kritik an Kraepelins strengem Klassifikationssystem kam allerdings schon von diessen Zeitgenossen Hoche, der es als eine Art Denkwang bezeichnete, nach wohlumgrenzten Krankheitsbildern zu suchen, für die es in der Realität keinen Beweis gibt (Hoche 1910). Nach seiner Auffassung sind psychiatrische Störungen das Ergebnis des Zusammenstreffens verschiedener Ursachen und abhängig von der individuellen Lebensgeschichte und Konstitution des Patienten. Hoches Lehre bleibt deshalb deskriptiver Natur und beschreibt lediglich die verschiedenen Symptomenkomplexe.

Ähnlich betonte auch K. Jaspers den Vorrang einer phänomenologischen Betrachtungsweise gegenüber einer strengen Klassifikation. "Die Phänomenologie hat die Aufgabe, die

seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen, ..." (Jaspers 1913).

Während die europäischen Psychiater trotz aller Kritik Kraepelins Auffassung übernahmen, gewann in Amerika A. Meyers (1866-1950) Sichtweise großen Einfluß. Er leugnete ebenfalls die Existenz von abgegrenzten Krankheitseinheiten und forderte statt dessen eine multifaktorielle Betrachtungsweise. Anstelle von Krankheitseinheiten gibt es nach Meyer nur verschiedene 'Reaktionstypen', die unterschiedliche Formen fehlgeleiteter Energie darstellen. Entsprechend seiner ganzheitlichen Persönlichkeits-theorie war er der Meinung, daß biologische, kulturelle, soziale und psychologische Faktoren gleichermaßen an der Entwicklung der Persönlichkeit beteiligt sind, und forderte deshalb, normale und pathologische Reaktionen von verschiedenen Standpunkten aus zu betrachten. Besonderes Augenmerk richtete er dabei auf Umweltfaktoren und bereitete damit der Psychoanalyse den Boden, die im Gegensatz zu Deutschland in den USA viel früher und viel stärkeren Einfluß gewann (Mora 1980).

Kendell (1968) macht diese verschiedenen Einflüsse dafür verantwortlich, daß die deutsche Psychiatrie weiterhin systematisch nosologische Diagnostik betreibt, während die amerikanische Psychiatrie ihr Interesse mehr auf das psychosoziale Umfeld von Krankheiten und psychodynamische Abwehrmechanismen richtet und einen vageren und weiteren Begriff von Klassifikation hat.

Die Briten wichen von der europäischen Tradition insofern ab, als sie von Kraepelinschen und Meyerschen Prinzipien gleichermaßen beeinflußt und in ihren Auffassungen gespalten waren. So entstand der Konflikt zwischen 'Unitariern' und 'Separatisten', auf den im folgenden noch einzugehen sein wird.

1.2 Zeitgenössische Kritik an psychiatrischer Diagnostik

Zeitgenössische Kritik an psychiatrischer Diagnostik kommt aus verschiedenen Richtungen. Menninger (1968) weist auf die Grenzen psychiatrischer Diagnosen hin, wenn es darum geht, die individuelle Problematik eines Patienten zu erfassen, und greift in der ätiologischen Diskussion den Gedanken der Einheitspsychose wieder auf. Vertreter der Antipsychiatrie wie Szasz (1973) sehen in einer psychiatrischen Erkrankung einen Konflikt in der Bemühung, sich den jeweiligen soziokulturellen Normen anzupassen und lehnen deshalb die Diagnostik als bloße Etikettierung des Patienten ab. Beide plädieren für eine Abschaffung der Diagnostik in der Psychiatrie.

Im Gegensatz dazu akzeptieren viele wie Kendell (1975) grundsätzlich die Notwendigkeit einer Klassifikation, kritisieren aber die Unzulänglichkeiten heute gebräuchlicher Schemata.

1.3 Sinn und Zweck psychiatrischer Diagnostik

Unter Klassifikation versteht man "primär die Einteilung einer Mannigfaltigkeit (Menge von Merkmalen, Population von Fällen) in ein nach Klassen gegliedertes System, sekundär die Zuordnung einzelner Merkmale zu Klassen eines solchen Systems (Diagnose)" (Möller et al. 1978).

'Diagnose' beschreibt damit den Entscheidungsprozeß, die bei einem Patienten vorhandenen Merkmale einer bestimmten Krankheit aus der Gesamtheit aller Krankheiten zuzuordnen (Kendell 1975).

Grundsätzlich lassen sich folgende Ebenen des diagnostischen Prozesses differenzieren: Befunderhebung, Symptombenennung, syndromatologische und schließlich nosologische

Kategorisierung (Möller et al. 1978). Während ein Syndrom lediglich einen bestimmten Symptomenkomplex bezeichnet und verschiedene Ursachen haben kann, beschreibt die 'Nosologie' als Krankheitslehre verschiedene Krankheitsbilder mit einheitlicher Ätiopathogenese, Symptomatologie, Verlauf und therapeutischer Ansprechbarkeit (v. Zerssen 1973). Damit ist eine Diagnose als nosologische Diagnose eben nicht mehr bloße Chiffrierung individueller Krankheitsercheinungen, sondern erlaubt Rückschlüsse auf die Ursache der Erkrankung und Aussagen zur Prognose und das Ansetzen verschiedener therapeutischer Maßnahmen (v. Zerssen 1973). Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus, wo es um den Vergleich von Populationen geht, ist die Diagnostik unerläßliche Grundlage von Verständigung und Forschung sowie rationaler Planung psychiatrischer Versorgung (Kendell 1975, Möller et al. 1978).

1.4 Problematik psychiatrischer Diagnostik

Probleme, insbesondere einer psychiatrischen Diagnostik, ergeben sich auf allen Ebenen des diagnostischen Prozesses. Die Möglichkeit einer streng logischen Klassifikation wird relativiert durch die Unvollkommenheit unseres Wissens, die multifaktorielle Genese psychiatrischer Erkrankungen, durch das Fehlen einer sicher wirksamen und spezifischen Therapie und dadurch, daß zahlreiche Übergänge zwischen den einzelnen Krankheitsbildern sowie zur Normalität hin bestehen. Dies bedingt, daß weniger eindeutig definierte Klassen, die sich gegenseitig ausschließen und gemeinsam erschöpfend sind, vorliegen, sondern lediglich eine Typologie psychiatrischer Störungen (v. Zerssen 1973). Typen sind zwar durch charakteristische Merkmalskonstellationen definiert, aber nicht jedes Mitglied weist alle diese Merkmale auf und weicht damit mehr oder weniger

stark von dem Typus ab (v. Zerssen 1973).

Darüber hinaus kann die Darstellung der verschiedenen Krankheitsbilder oder -typen von Schule zu Schule und Land zu Land erheblich variieren. Selbst bei gleicher symptomatologischer Umschreibung eines Krankheitsbildes können beträchtliche Unterschiede darin bestehen, was man unter diesen Symptomen versteht (Kendell 1975).

Die Zuordnungskriterien für die einzelnen Kategorien oder Typen sind oft unzulänglich. Häufig überlappen sich Kategorien, anstatt sich gegenseitig auszuschließen. Andere wiederum, wie zum Beispiel die neurotische Depression, sind nicht durch eigene Kriterien definiert, sondern durch den Ausschluß positiver Kriterien für eine andere Gruppe, in diesem Falle für die endogene Depression. Solche negativ definierten Kategorien werden leicht zu Sammelkategorien ('rag bags') (Kendell 1975).

Auf der Ebene der Befunderhebung wird die Diagnose durch subjektives Verständnis und persönlichen Explorationsstil des Untersuchers beeinflusst, auf der anderen Seite dadurch erschwert, daß innerpsychische Vorgänge dem Beobachter nicht ohne weiteres zugänglich sind.

1.5 Unterschiedliche Klassifikationsmöglichkeiten psychiatrischer Störungen

Aus dem Gesagten geht hervor, daß es eine eindeutige Klassifikation nicht gibt. Vielmehr gibt es verschiedene Möglichkeiten, psychiatrische Störungen einzuteilen.

Der kategoriale Ansatz geht von einer bimodalen Verteilung der Symptome aus und unterscheidet verschiedene Klassen bzw. Typen von Störungen. Dabei stehen mehrere Einteilungskriterien zur Verfügung: Ätiologie und Pathogenese, sym-

ptomatologische Aspekte aus dem somatischen und dem psychologischen Bereich, Verlauf, therapeutische Ansprechbarkeit, biographische oder familienhistorische Daten usw. Dabei wird eine nosologische Klassifikation neben der Symptomatologie aber immer auch die Ätiologie und Pathogenese zu berücksichtigen haben. Allerdings divergieren hier die Klassifikationen aufgrund der größeren Komplexität und der Einbeziehung oft nur hypothetischer ätiopathogenetischer Faktoren mehr als auf syndromatologischer Ebene (Möller et al. 1978).

Die multiaxiale Diagnostik begegnet diesem Problem, indem sie vor allem Symptomatologie und Ätiologie getrennt voneinander klassifiziert. Dabei sind die Begriffe multi-axial und multidimensional nicht zu verwechseln. Bei der multiaxialen Diagnostik werden psychiatrische Störungen nach wie vor in Kategorien eingeteilt, allerdings unter verschiedenen Gesichtspunkten bzw. auf verschiedenen Achsen (Kendell 1975).

Im Gegensatz zur kategorialen Klassifikation geht der dimensionale Ansatz von einer unimodalen Verteilung der Symptome aus. Bei der einfachsten Form, der eindimensionalen Klassifikation, variieren die Krankheitsbilder lediglich im Ausmaß der psychischen Gestörtheit. In der multidimensionalen Diagnostik werden die Dimensionen von verschiedenen psychischen Zustands- und Persönlichkeitsmerkmalen gebildet. Diese stehen in einer mathematischen Beziehung zueinander und bilden einen Merkmalsraum, in dem der Patient als ein Punkt abgebildet werden kann (Kendell 1975).

Kendell (1975) diskutiert Vor- und Nachteile dimensionaler und kategorialer Einteilung. Während die dimensionale Klassifikation eine individuellere und komplexere Zuordnung ermöglicht, ist die kategoriale Einteilung prak-

tikabler und bietet mehr Ansätze für eine ätiologische und therapeutische Forschung.

1.6 Ansätze zur Vereinheitlichung der Diagnostik

Die Güte einer Diagnostik wird an ihrer Reliabilität und Validität gemessen.

Reliabilität ist die formale Genauigkeit, unabhängig von inhaltlichen Gesichtspunkten: Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit, Stabilität einer Diagnose.

Validität ist die inhaltliche Genauigkeit: Gültigkeit, diagnostische Valenz. Sie ihrerseits ist abhängig von der Reliabilität (Baumann 1973).

Ansätze, die klinische Klassifikation zu validieren bzw. zu verändern, bietet die multivariate Analyse in Form von Hauptkomponenten- bzw. Faktorenanalyse, Diskriminanz- und Clusteranalyse. Eine Beschreibung sowie ausführliche Diskussion über Anwendungsgebiete und Aussagekraft der einzelnen Analysen findet man bei Kendell (1975).

Eine Erhöhung der Reliabilität beginnt mit der Vereinheitlichung der Terminologie und einer internationalen Einigung auf eine gemeinsame Klassifikation.

Eine präzisere Zuordnung zu den entsprechenden Diagnostik-kategorien kann nur erfolgen, indem man als 'operationale Definitionen' (Hempel 1961) Ein- und Ausschlusskriterien festlegt: Kriterien, welche erfüllt sein müssen, und Kriterien, welche nicht vorhanden sein dürfen. Derartige Kriterien wurden zum ersten Mal von Feighner et al. (1972) für eine Reihe psychiatrischer Störungen aufgestellt. Ziel war, möglichst homogene und voneinander abgegrenzte Gruppen zu erhalten, falsch positive Diagnosen zu vermeiden und lieber falsch negative in Kauf zu nehmen. Ein Teil der Patienten fällt dadurch allerdings unter die Sammelkatego-

rie 'undiagnosed psychiatric illness'.

Eine weitere Verbesserung der Reliabilität ist durch eine Standardisierung des diagnostischen Prozesses möglich. Zur Aufdeckung von Symptomen liegen verschiedenste Fragebögen als Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen vor oder strukturierte Interviews wie die PSE (Wing 1973), um auch die Exploration zu standardisieren. Zur Informationsverarbeitung stehen Computerprogramme zur Verfügung, die entweder nach dem Prinzip des logischen Entscheidungsbaumes oder der Mustererkennung arbeiten (v. Zerssen 1973).

1.7 Die Entwicklung einer internationalen Klassifikation: ICD ('International Classification of Diseases')

Das Problem einer internationalen Klassifikation wurde erstmals 1885 auf dem Kongreß der Psychiatrie in Antwerpen unter dem Vorsitz von M. Morel angegangen, ohne aber den erwarteten Erfolg zu zeigen. Unsere heutige ICD ('International Classification of Diseases' bzw. 'Internationale Klassifikation der Krankheiten') geht auf Bertillons 'Klassifikation der Todesursachen' (1853) (ab 1900 'Internationale Liste der Todesursachen') zurück. 1948 wurde sie in ihrer sechsten Revision von der WHO herausgegeben. Umbenannt in 'Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen' bezog sie sich von nun an nicht nur auf Todesursachen, sondern auf den Gesamtbereich von Krankheiten, und enthielt in der Sektion V zum ersten Mal auch eine Klassifikation psychiatrischer Störungen. Aber ähnlich wie 1885 stellte sich heraus, daß sie wenig Eingang in die psychiatrische Diagnostik gefunden hatte. Die ICD-6 wurde nur in Finnland, Neuseeland, Peru, Thailand und in Großbritannien angewandt. Die WHO beauftragte daraufhin den englischen Psych-

later Stengel mit der Untersuchung der Lage. Stengels Arbeit (1959) brachte einige der in den vorangegangenen Kapiteln diskutierten Probleme zutage. Seine vordringlichsten Forderungen waren deshalb, die ICD auf einer einheitlichen und durchgreifenden Einteilung aufzubauen, ätiologische Implikationen so weit als möglich zu vermeiden und ein Glossar mit Definitionen der diagnostischen Begriffe und detaillierten Instruktionen herauszugeben.

Während in der ICD-7 von 1955 das Kapitel der psychiatrischen Störungen unrevidiert blieb, brachte die ICD-8 von 1965 aufgrund Stengels Anregungen deutliche Verbesserungen. Viele Bereiche wurden neu definiert und erweitert, und ein Glossar wurde herausgegeben. Der Erfolg war, daß die ICD-8 (1965) auch in Deutschland und Skandinavien wie auch in den USA, die auf der Grundlage der ICD-8 (1965) die DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual) (1968) der American Psychiatric Association revidierten, akzeptiert wurde.

Wie die Herausgeber feststellen, bringt die ICD-9 von 1979 keine grundlegenden Neuerungen. Im Gegensatz zur ICD-8 (1965) bietet sie die Möglichkeit, organische Störungen symptomatologisch und ätiologisch getrennt zu kodieren. Bei manchen Krankheitsbildern wurden noch größere Differenzierungen vorgenommen wie bei depressiven Zuständen, den abnormen Reaktionen und Entwicklungen und den psychischen Störungen im Kindesalter. Die Ausdehnung z.B. der Kategorie der depressiven Zustände von zehn auf neunzehn Kategorien in der vierstelligen Klassifizierung scheint weniger eine sinnvolle Subklassifikation zu sein als ein Tribut an die Vertreter der verschiedenen Schulen, die ihre Vorstellungen verwirklicht sehen möchten, wie z.B. auch die Einführung der Kategorie der 'reaktiven Psychosen' auf Wunsch der Skandinavier in der ICD-8 (1965) zeigt. Die Herausgeber der ICD-9 (1979) be-

zeichnen die Klassifikation als einen Kompromiß, betonen aber die Notwendigkeit, die ICD möglichst vielen Ländern zugänglich zu machen. Das Problem einer durchgängigen Einteilung, wie Stengel gefordert hatte, ist wie in der ICD-8 (1965) noch unbefriedigend gelöst. Das Kapitel V ist vorwiegend beschreibend, enthält manchmal aber auch ätiologische oder prognostische Gesichtspunkte. Zugunsten des praktikablen Kompromisses enthält es einige Unstimmigkeiten oder hält z.B. weiterhin an vagen Begriffen wie 'Neurose' und 'Psychose' fest.

Diese Kritik kam vor allem auch von der 'American Psychiatric Association', die daraufhin die DSM-III (1980 in Gebrauch genommen) nicht mehr nach der ICD ausrichten ließ. Vom Einteilungsprinzip her ist die DSM-III (1980) deskriptiv - es sei denn, die ätiologischen bzw. die pathophysiologischen Mechanismen sind bekannt -, die einzelnen Diagnostikkategorien sind mit operationalen Definitionen versehen, und es besteht die Möglichkeit, einen Krankheitsfall multiaxial auf fünf Achsen zu dokumentieren. Begriffe wie 'Neurose' und 'Psychose' wurden eliminiert.

In Hinblick auf eine einheitliche internationale Klassifikation ist diese divergierende Entwicklung bedauerlich. Andererseits sind in der DSM-III (1980) konsequenter als in der ICD-9 (1979) Verbesserungsvorschläge verwirklicht worden.

2. ENTWICKLUNG DER BEGRIFFE 'NEUROSE', 'REAKTION' UND 'ANPASSUNGSSTÖRUNG'

'Neurose' ist einer der meist verwendeten und gleichzeitig umstrittensten Begriffe in der Psychiatrie. Anhand des

Schemas von Binder (1962) (siehe Schema nächste Seite) soll das sich wandelnde Verständnis des Neurosebegriffs dargestellt werden. Um den gesamten Bereich der psychogenen Störungen abzudecken, werden im Anschluß die Begriffe 'Reaktion' und 'Anpassungsstörung' beschrieben.

Seit Ende des letzten Jahrhunderts kann man eine Entwicklung verfolgen, die zunehmend psychische Faktoren bei der Entstehung psychiatrischer Krankheiten berücksichtigt. Der Bogen spannt sich von der 'Gehirnpsychiatrie' Griesingers bis hin zur Psychoanalyse Sigmund Freuds (Ackerknecht 1967). Als Cullen (1776) den Begriff der Neurose einführte, verstand er darunter noch sämtliche Störungen des Nervensystems und der Psyche. Anfang unseres Jahrhunderts gelang es dann, unter dem Oberbegriff der funktionellen Störungen die funktionellen Krankheiten (endogene Psychosen) von den Neurosen als vorwiegend quantitative funktionelle Abnormitäten zu differenzieren. Dazu trugen vor allem die Arbeiten von Jaspers (1913) und Schneider (1922, 1973) bei. Während bei den endogenen Psychosen als qualitative Seelenänderungen die Geschlossenheit und Sinngesetzlichkeit der Lebensentwicklung zerrissen ist (Schneider 1973), und sie in ihrem formalen Dasein letztlich uneinfühlbar bleiben, stellen die Neurosen nur extreme Varianten des natürlichen Menschseins dar und sind normalpsychologisch immer nachempfindbar.

In seiner engsten Bedeutung wird der Neurosebegriff schließlich von der Psychoanalyse geprägt, die darunter nur noch die konflikthafter (psychopathischen und psychogenen) Fehlentwicklungen zusammenfaßt. Der Neurose liegt ein Konflikt zugrunde, der sich meist bis in die Kindheit zurückverfolgen läßt. Zentraler Punkt von Freuds Konzept ist dabei seine Libido-Theorie. Demnach entsteht Disposition zur Neurose durch Libidofixierung - aufgrund sexuel-

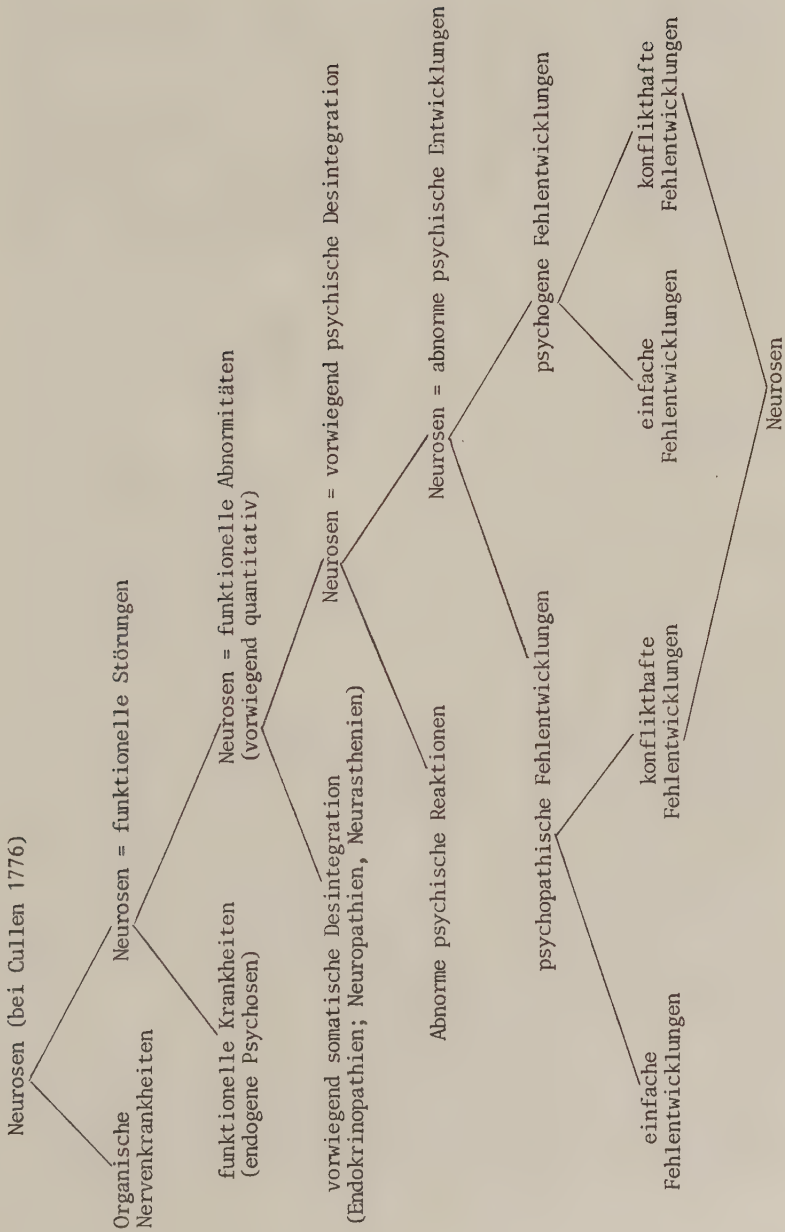


Abb. 1: Historische Entwicklung des Neurosebegriffes (nach Binder 1962)

ler Konstitution (prähistorisches Erleben) oder durch ein infantiles Erlebnis. Der Konflikt ergibt sich aus der Ich-Entwicklung, die solche libidinösen infantilen Strebungen ablehnt. In diesem Zusammenhang beschreibt Freud die heute schon klassisch zu nennenden Verarbeitungsmechanismen und Abwehrmaßnahmen wie Verdrängung ins Unbewußte und Widerstand gegen ein Wiederbewußtwerden usw. Zur Symptombildung kommt es erst nach einem traumatischen Erlebnis. Je nach Wirkung dieses Erlebnisses unterscheidet er:

Aktualneurosen:

Neurasthenie
Angstneurose
Hypochondrie

Psychoneurosen:

Übertragungsneurosen:

Konversionshysterie
Angsthysterie
Zwangsneurose

narzißtische Neurosen:

Paranoia
Dementia praecox
Melancholie

(nach Schäfer 1976)

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, weiter auf Freuds Theorie einzugehen oder die Weiterentwicklung seines Konzepts bis hin zur Neoanalyse zu verfolgen. Festzuhalten bleibt, daß man auch heute noch unter dem Begriff 'Neurose' ziemlich vage leichtere, psychisch ausgelöste Störungen ohne Desintegration der Persönlichkeit zusammenfaßt. Gleichzeitig beschreibt aber seit Freud der Begriff der Neurose eine Gruppe von Störungen mit einer bestimmten zugrundeliegenden Ätiologie.

Psychotherapeutischer Optimismus hat in Amerika dazu geführt, daß der Begriff 'Neurose' wieder bis in das Gebiet der endogenen Störungen ausgedehnt wurde (Binder 1962). Umgekehrt wurde besonders in Deutschland die Psychoanalyse

scharf kritisiert (z.B. von der Schule von Kurt Schneider), und damit die Bezeichnung 'Neurose' grundsätzlich abgelehnt. "Es gibt weder 'den' Neurotiker noch 'die' Neurose, sondern es gibt bei den Menschen zahllose psychopathische Wesenszüge und Verhaltensweisen und damit zahllose Erscheinungsformen, wie und wo ein Leben neurotisch entgleisen und verbogen werden kann und unendlich viele Beispiele, wie das dann aussieht und sich auswirkt." (Weitbrecht 1973)

Die American Psychiatric Association hat auf die verschiedenen Kontroversen reagiert, indem sie in der DSM-III (1980) den Begriff 'Neurose' abschaffte. Andere, besonders Binder (1962), Langen (1973) und Bräutigam (1978) bemühen sich um eine inhaltliche Präzisierung und Engerfassung des Begriffes.

Der Begriff der 'Reaktion' wurde von der deutschen Psychiatrie geprägt. Psychiater, die der Psychoanalyse kritisch gegenüber stehen, verwenden ihn anstelle von Neurose, andere differenzieren Neurose und Reaktion als zwei Formen psychogener Störungen. Im Gegensatz zum amerikanischen Begriff 'reaction', den man in Anlehnung an Meyers Reaktionstypen (Mora 1980) auf alle psychischen Störungen anwenden kann ('manic-depressive reaction', 'schizophrenic reaction' usw.), ist der deutsche Begriff der Reaktion präziser definiert.

Jaspers (1913) grenzte die (normale und pathologische) Reaktion auf ein Erlebnis und die (psychologisch einfühlbare) Entwicklung von dem (krankhaften, psychotischen) Prozeß, der Phase und dem Schub ab. Jaspers (1913) nennt folgende Kriterien der echten Reaktion:

1. Es besteht ein ausreichender Anlaß. Anlaß und Reaktion stehen in einem engen zeitlichen Verhältnis zueinander.
2. Zwischen Inhalt des Erlebnisses und Inhalt der abnor-

men Reaktion steht ein verständlicher Zusammenhang. Mit Wegfall der Ursache fällt auch die abnorme Reaktion fort.

Kurt Schneider (1927, 1946, 1958) arbeitet dieses Konzept weiter aus. Er differenziert 'äußere abnorme Erlebnisreaktionen', 'innere Konfliktreaktionen' und 'erlebnisreaktive Entwicklungen'. Äußere abnorme Erlebnisreaktionen entstehen nach einem äußeren Ereignis, sie sind mehr übercharakterlicher Art, während Reaktionen aufgrund eines seelischen Konflikts an bestimmte Persönlichkeiten, meist sensibler und selbstunsicherer Natur, gebunden sind. Von den abnormen Erlebnisreaktionen ist der Übergang zu den erlebnisreaktiven Entwicklungen fließend. Erlebnisreaktive Entwicklungen sind "seelische Verbiegungen, die sich aus akuten gewichtigen Erlebnissen oder aus sich lang hinziehenden Erlebniseinwirkungen ergeben" (Schneider 1973).

Der Reaktion vergleichbar ist der von der amerikanischen Psychiatrie geprägte Begriff der 'Anpassungsstörung'. Menninger (1968) führt den Ausdruck der Unangepaßtheit auf den Psychiater William A. White, den behaviouristischen Psychologen B. Watson und A. Meyer zurück. Die Anpassungstheorie beruht auf der Wechselwirkung und dem gegenseitigen Anpassungsstreben zwischen Individuum und Umgebung. Dieses Verhältnis kann z.B. durch ein Ereignis gestört werden. Es folgt ein Balanceverlust, eine organismische Gleichgewichtsstörung und eine Gleichgewichtswiederherstellung auf einem niedrigeren Niveau des Funktionierens und Wohlbefindens.

Entsprechend wird in der Klassifikation der APA von 1934 'simple adult maladjustment' folgendermaßen definiert:

"... particularly to specific situations such as marriage, the home, and occupation. Adaptability seems limited and such persons may be dependent more

or less chronically on others for their support"
(nach Wynne 1975).

Der Begriff des 'maladjustment' zieht sich durch die offiziellen Klassifikationen als 'gross stress reaction' und 'adult situational reaction' der DSM-I (1952), über 'transinient situational disturbance (adjustment reaction of adult life)' der DSM-II (1968) bis zur 'adjustment disorder' der DSM-III (1980). In die deutsche Psychiatrie kommt der Begriff über die ICD-9 (1979): 309 'adjustment reaction' - 'psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)'.

3. HISTORISCHE ASPEKTE EINER KLASSIFIKATION DER DEPRESSIONEN

Die folgenden Kapitel sollen die Entwicklung der Klassifikation der Depressionen seit Kraepelin sowie die verschiedenen Beiträge und Kontroversen aufzeigen, die für unser heutiges Verständnis relevant sind.

3.1 Das 'endogen'-'reaktiv'-Konzept

Mit der Entwicklung eines nosologischen Systems psychiatrischer Erkrankungen schuf Kraepelin auch die Grundlage zu der klassischen Dreiteilung der Depressionen in organische (symptomatologische), endogene und psychogene Depressionen.

In der sechsten Auflage seines Lehrbuches (1899) unterscheidet er lediglich folgende Formen der Depressionen: die Melancholie als Depression des höheren Lebensalters, das manisch-depressive Irresein, die Verstimmung beim infektiösen Irresein als symptomatologische Depression so-

sowie die konstitutionelle Verstimmung.

In der achten Auflage seines Lehrbuches (1909) übernimmt er Möbius' Konzept (1893) von 'endogen' und 'exogen' verursachten Geistesstörungen. Exogene Erkrankungen sind auf äußere Faktoren wie Bakterien, chemische oder toxische Einflüsse zurückzuführen. Endogene Erkrankungen dagegen unterliegen inneren Ursachen wie Degeneration und Veranlagung. Gleichzeitig aber gesteht Kraepelin (1909) zum ersten Mal "heftigen Gemütsbewegungen" als Ursache von Depressionen größeres Gewicht zu und konstituiert damit eine dritte Gruppe: die 'psychogene Depression'.

Die exogenen Depressionen entsprechen den symptomatologischen Depressionen. Unter den Begriff der 'endogenen Depression' faßt Kraepelin (1909) das manisch-depressive Irresein, die meisten Fälle von Melancholie, zahlreiche Fälle von Amentia (akuter Verwirrtheitszustand mit Illusionen, Halluzinationen und motorischer Erregung) und leichtere Verstimmungen, die einerseits Vorstufen zu schweren Erkrankungen sein können, andererseits fließend in das Gebiet der konstitutionellen Verstimmung übergehen. Den psychogenen Depressionen räumt er eine gewisse Mittelstellung ein, insofern, als sie durch ein äußeres Ereignis hervorgerufen werden und gleichzeitig von der Eigenart der Persönlichkeit abhängig sind.

Der Begriff der 'reaktiven Depression' wurde erstmals 1910 von Reiss eingeführt. Reiss (1910) arbeitet aus der Gruppe der Depressionen ein Krankheitsbild heraus, das Kraepelins psychogener Depression ähnelt: die 'rein reaktive Depression'. Diese Depressionen entstehen zwar in dafür empfänglichen Persönlichkeiten, aber erst nach einem Ereignis, das nicht nur als Auslöser wirkt, sondern in ursächlicher Beziehung zu der Verstimmung steht. Reiss (1910) führt Kriterien an, die denen von Jaspers (1913) für die normale und pathologische Reaktion vergleichbar sind:

"Der Anlaß selbst muß ein schweres gemütliches Trauma sein, das geeignet ist, den Kranken tief zu erschüttern." "Die Verstimmung selbst muß sich im unmittelbaren Anschluß an das Trauma entwickeln und mit heftigen Erscheinungen, die rasch bis zur vollen Höhe ansteigen, einsetzen, während das Abklingen je nach der individuellen Reaktionsweise bald schnell, bald mehr allmählich erfolgen kann. Hierbei werden äußere Umstände, wie Versetzen in eine neue Umgebung, nicht ohne Einfluß bleiben. Der Inhalt der krankhaften Ideen muß sich mit dem auslösenden Erlebnis im Einklang befinden oder sich wenigstens aus der persönlichen Eigenart ohne weiteres verstehen lassen." "Die Dauer der Psychose darf keine allzu lange sein."

Reiss (1910) muß aber feststellen, daß es ihm nicht gelungen war, einzelne Krankheitsformen herauszuschälen. Vielmehr findet er fließende Übergänge von den einfachen reaktiven Verstimmungen der konstitutionell Depressiven zu den hysterischen Psychosen auf der einen Seite und zu den endogen periodischen Verstimmungen und den typisch zirkulären Erkrankungen auf der anderen Seite.

Auch Kraepelins Schüler Lange (1926) beschäftigt sich besonders mit dem Problem der durch äußere Ereignisse ausgelösten oder verursachten Depression. Er differenziert anhand einer klinischen Studie folgende vier Gruppen: 'klare endogene Melancholien', 'reine psychogene Depressionszustände' und zwei Zwischengruppen: 'psychisch provozierte Melancholien', die in Symptomatologie und Verlauf weitgehend endogenen Melancholien gleichen, aber sich unmittelbar an schwerwiegende Ereignisse anschließen, und 'reaktive Melancholien' auf dem Boden einer konstitutionellen Verstimmung im Sinne Reiss' (1910). Lange (1926) beschreibt mit der neuen Diagnostikkategorie 'reine psychogene Depressionszustände' erstmals Depressionen, die nicht

auf konstitutioneller Basis beruhen, sondern ausschließlich durch äußere Ereignisse verursacht sind.

1932 beschreibt Schneider in seiner Münchener Antrittsvorlesung folgende Einteilung der Depressionszustände. Er unterscheidet 'exogene' und 'endogene Depressionen', die er als körperlich begründbare und körperlich nicht begründbare Psychosen als zusammengehörig versteht, und grenzt davon die reaktive Depression ab. Der Begriff der 'reaktiven Depression' entspricht jetzt Langes (1913) Diagnose der psychogenen Depression und wird damit im heute geläufigen Sinne angewandt. Den Begriff der 'exogenen Depression' beschränkt Schneider (1932) auf die somatische Entstehung, entgegen Moebius' ursprünglichem Konzept, das darunter alles von außen kommende verstand, und wendet sich entschieden gegen einen synonymen Gebrauch von 'reaktiv' bzw. 'psychogen' und 'exogen'.

Die Arbeit Langes (1926) erregte die Aufmerksamkeit des englischen Psychiaters Gillespie. Dieser kritisiert in seiner Arbeit von 1929 die herausragende Bedeutung eines auslösenden Ereignisses und stellt fest, daß endogene und psychogene Depression gleich häufig und durch ähnliche Ereignisse ausgelöst werden. Er fordert deshalb, nicht ein eventuell auslösendes Ereignis, sondern das Verhältnis Individuum - Umwelt zum Unterscheidungskriterium zu machen. 'Reactivity' meint im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen Bedeutungen von 'reaktiv' ein erhöhtes Ansprechen auf Umwelteinflüsse. Demnach gibt es eine Gruppe 'reactive depressions', die besonders auf äußere Stimuli reagieren, und die 'autonomous depressions', deren Verlauf und Symptomatik unabhängig von Veränderungen in der Umwelt sind.

Interessant ist, daß Gillespie (1929) auf eine neurotische Komponente im Sinne der Psychoanalyse bei den 'reactive depressions' hinweist. Patienten mit einer 'reactive depression' entwickeln häufig eine ausgeprägte Angstsympto-

matik und zeigen nicht immer vollständige Einsicht in ihren Zustand.

1930 nennt Buzzard, was Lange (1926) 'endogen'-'psychogen' und Gillespie (1929) 'autonomous'-'reactive' genannt hatten, 'psychotic' und 'neurotic', wobei er wie Gillespie (1929) einem auslösenden Ereignis keine Bedeutung zumaß.

Hinter dem 'endogen'-'reaktiv'-Konzept verbirgt sich also eine ätiologische Kontroverse. Mit den Begriffen kann man zwei ätiologisch voneinander verschiedene Depressionen differenzieren. Die eine ist durch innere, nicht weiter faßbare Faktoren verursacht, die andere durch belastende Umweltereignisse. Gegner dieser Auffassung wie Gillespie (1929) verwenden die Bezeichnung deskriptiv und beschreiben lediglich verschiedene Zustandsbilder.

Viele Psychiater haben mit Gillespie (1929) die Bedeutung des auslösenden Ereignisses in Frage gestellt und lehnen eine ätiologische Klassifikation als hypothetisch ab. Nach Lewis (1971) sind immer sowohl äußere als auch innere Faktoren am Zustandekommen einer Depression beteiligt, wenn auch mit jeweils unterschiedlicher Gewichtung. Eine strenge Trennung ist seiner Meinung nach nicht möglich.

Semantisch wird das Problem dadurch verstärkt, daß 'psychotisch' und 'neurotisch' das gleiche wie 'endogen'-'reaktiv' oder 'autonomous'-'reactive' meinen können, aber durchaus auch eine eigene Bedeutung haben können. 'Psychotisch' bezeichnet dann eine besonders schwere Depression, in der engeren Bedeutung des Begriffes mit Verlust des Realitätsbezuges im Sinne von Halluzinationen und Wahnvorstellungen. 'Neurotisch' beschreibt im Gegensatz zu 'psychotisch' eine mildere Depression, erhält aber darüber hinaus eine eigene Bedeutung durch die Psychoanalyse und wird dann als eine Form des psychogenen Depression von der reaktiven Depression unterschieden.

Uneinheitlich ist auch die Verwendung des Begriffes 'exogen'. Üblicherweise wird er im Sinne Schneiders (1932, 1973) auf die körperlich begründbaren Psychosen beschränkt, gelegentlich aber auch auf die psychogenen Depressionen ausgedehnt, um auf das von außen Verursachte hinzuweisen und den Kontrast zur endogenen Depression hervorzuheben (Labhardt, Ladewig 1973, Lewis 1971).

3.2 Das unitaristische Konzept

Die Unitarier lehnen im Gegensatz zu den Separatisten jede Kategorisierung depressiver Erkrankungen, ätiologischer oder deskriptiver Natur, ab und subsumieren alle Depressionen unter einem Oberbegriff.

Nach Mapother (1926) ist jede Unterteilung sinnlose Spekulation. Er führt als Argumente an: ätiologische Ungewißheit, Übergänge zwischen den einzelnen Formen, die Existenz von atypischen Formen oder Beispiele von Krankheitsverläufen, die als typische endogene Depression begannen und als Schizophrenie endeten.

Nach Lewis (1934) lassen sich die Depressionen lediglich als akut oder chronisch und schwer oder mild klassifizieren (zit. n. Kendell 1977).

Eysenck (1970) hält Lewis' Standpunkt mittlerweile durch die Faktorenanalyse für widerlegt. Statt eines bipolaren Faktors hätten die Analysen einen einzigen allgemeinen Faktor ergeben müssen mit ausschließlich positiven Ladungen. Eysenck (1970) tritt deshalb von seinem Standpunkt aus für eine dimensionale Klassifikation ein.

3.3 Das psychoanalytische Konzept

Die Psychoanalyse hat einen entscheidenden Beitrag zum näheren Verständnis der Trauer und vor allem der Depression bzw. der Melancholie geleistet.

Der Begriff der 'neurotischen Depression' wurde erstmals von Abraham (1912) in die Literatur eingeführt. Ähnlich wie in der Neuroseforschung die Furcht und die neurotische Angst gegenübergestellt werden, trennt er den "Affekt der Trauer oder Niedergeschlagenheit von der unbewußt motivierten, d.h. auf Verdrängung beruhenden neurotischen Depression". Abraham beschreibt eine der Zwangsnervose ähnelnde Ambivalenz zwischen Liebe und Haß, wobei der ursprünglich nach außen gerichtete Sadismus sich schließlich nach innen wendet (Abraham 1912), sowie die gesteigerte Oralerotik der Depressiven; die Libidoentwicklung ist auf der oral-kannibalischen Stufe stehengegeblieben (Abraham 1916).

Diesen frühen Arbeiten von Abraham folgt Freuds entscheidendes Essay 'Trauer und Melancholie' von 1917. Darin vergleicht er beide Zustände miteinander, beschreibt den Objektverlust und analysiert die Entstehung der für die Depression so charakteristischen Selbstvorwürfe.

Den Zustand der Trauer beschreibt Freud (1917) folgendermaßen: "Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw." Die Trauer äußert sich in schmerzlicher Stimmung, einem Verlust des Interesses an der Umwelt und der Unfähigkeit, irgendein neues Liebesobjekt zu wählen. Es besteht ein begreifliches Sträuben, "alle Libido aus ihren Verknüpfungen mit diesem Objekt abzuziehen". Aber "das Normale ist, daß der Respekt vor der Realität den Sieg behält". Es findet langsam eine Loslösung von dem gelieb-

ten Objekt statt, was Freud 'Trauerarbeit' nennt, nach deren Abschluß das Ich wieder frei und ungehemmt wird.

Bei der Melancholie hat ebenfalls ein Objektverlust stattgefunden, wobei es aber auch Fälle gibt, bei denen der Objektverlust ganz oder teilweise dem Bewußtsein entzogen ist, so daß der Kranke nicht weiß, was er verloren hat. Das Bild der Melancholie entspricht dem der Trauer, ist aber zusätzlich durch Selbstwürfe bzw. einen Verlust der Selbstachtung charakterisiert. Der Depressive reagiert, als hätte er sein eigenes Ich verloren. Bei genauerer Analyse stellt sich allerdings heraus, daß viele der Klagen eigentlich Anklagen an das verlorene Objekt sind. Ätiologisch sind zwei Phänomene verantwortlich. Die Objektwahl erfolgt bei Melancholikern auf narzißtischer Grundlage; bei Objektverlust regrediert das Ich wieder auf den ursprünglichen Narzißmus. Aufgrund der narzißtischen Identifizierung mit dem Objekt wird der Objektverlust zum Ichverlust. Gleichzeitig tritt ein ambivalentes Verhältnis zum Liebesobjekt zutage. Die Aggressionen richten sich im Zuge der Identifizierung gegen das Ich und äußern sich in Schuldgefühlen, Selbsterniedrigung und schließlich Suizid. All dies spielt sich im Unbewußten ab, während bei der normalen Trauer die Vorgänge bewußt sind.

Unterstützt und ergänzt werden Freuds Theorien von einer weiteren Arbeit von Abraham (1924). Dabei macht die frühe Psychoanalyse keinen prinzipiellen psychodynamischen Unterschied zwischen neurotischen Depressionen und manisch-depressiven Psychosen (Schwigger 1972). Entsprechend steht der Begriff 'Melancholie' allgemein für Depression und ist nicht mit dem von Kraepelin gebrauchten identisch. Spätere Autoren (Fenichel 1945, Schultz-Hencke 1950, Kuiper 1966) dagegen trennen die neurotische Depression klar von der psychotischen. Auf klinisch psychiatrischem Gebiet führen Binder (1947) und Kielholz (1957) die neurotische Depression in die Diagnostik ein.

III. HAUPTTEIL

1. HEUTE GÄNGIGE KLASSIFIKATIONSSCHEMATA DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN

1.1 Überblick über gegenwärtige Trends in der Klassi- fikation depressiver Zustände

Im allgemeinen Teil wurde eine Klassifikation depressiver Erkrankungen in ihrer Problematik von verschiedenen Standpunkten aus erörtert. Entsprechend findet man heute eine Situation vor, die Kendell in seinem Artikel von 1976 folgendermaßen umschreibt: "The classification of depression: a review of contemporary confusion." Unzufriedenheit mit den traditionellen Klassifikationen und kontroverse Standpunkte haben zu einer Fülle von konkurrierenden Schemata geführt, ohne daß bisher eine Grundlage für einen Konsensus geschaffen worden wäre (Kendell 1976). Im folgenden sollen nur die bekanntesten Klassifikationen depressiver Erkrankungen aufgeführt werden.

Das Schema von Kielholz (1969) ist das bekannteste Beispiel einer nosologischen Einteilung. Sie beruht weitgehendst auf klinischer Beobachtung. Andere Arbeiten bemühen sich darum, eine Klassifikation - kategorialer oder dimensionaler Natur - auf den Ergebnissen der multivariaten Analyse und zusätzlicher Validierung mittels therapeutischer Ansprechbarkeit aufzubauen (Carney et al. 1965, Paykel 1971). Gleichzeitig geht der Trend dahin, auf andere Einteilungskriterien wie z.B. Verlauf oder familiäre Belastung zurückzugreifen und ätiologische Implikationen zu vermeiden. Entsprechend werden die jeweiligen Kategorien mit neuen Bezeichnungen belegt, ohne daß damit die umstrittenen Begriffe 'endogen', 'reaktiv', 'neurotisch'

und 'psychotisch' aus der Diagnostik verschwunden wären. Das Schema von Roth (1978) ist ein erster Versuch, verschiedene Ansätze zu integrieren. Die RDC (1979) und die DSM-III (1980) zeichnen sich aus durch eine Operationalisierung der Diagnostikkriterien, wie sie mehrmals gefordert worden war (Kendell 1975).

1.2 Kategoriale Klassifikation

1.2.1 Das Schema von Kielholz (1969)

Kielholz befürwortet eine 'Doppelregistrierung' psychiatrischer Krankheiten im Sinne einer nosologischen und phänomenologischen Diagnose in der Erkenntnis, daß Symptome oft unspezifisch sind und sich nicht auf bestimmte nosologische Gruppen beschränken. Nosologische Diagnostik ist wichtig für die Abgrenzung organischer und symptomatischer Depressionen von den endogenen und psychogenen Depressionen. Sie hat die Aufgabe, die therapeutische Richtung - z.B. Psychotherapie oder Psychopharmaka - festzulegen, und ermöglicht eine prognostische Aussage. Phänomenologische Diagnostik hat die Aufgabe, spezielle Aspekte der Therapie, wie die Wahl eines bestimmten Psychopharmakons, festzulegen, oder aber die Verständigung unter verschiedenen Schulen zu ermöglichen.

Kielholz' nosologische Klassifikation ist in der Form von 1969 - von Modifikationen abgesehen - auch heute noch gültig. Er faßt die verschiedenen Depressionen zu drei Hauptgruppen zusammen: 'somatogen', 'endogen' und 'psychogen', und ordnet sie in Anlehnung an Selbach (1969) in einem Koordinatensystem mit den Achsen 'somatogen' und 'psychogen' an. Eine Hyperbel deutet die zahlreichen Übergänge an. Entsprechend ihrer vorherrschenden Ätiologie - mehr soma-

togen oder mehr psychogen - sind die verschiedenen Depressionen auf dieser Kurve angeordnet.

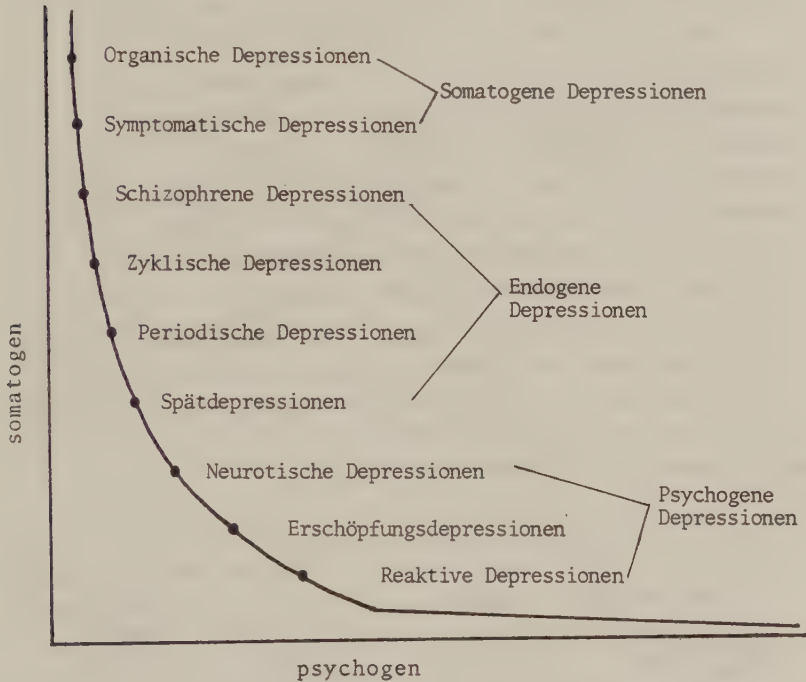


Abb. 2: Nosologische Einordnung der Depressionszustände
(Kielholz 1971)

'Somatogene Depressionen' sind entweder organisch bedingt, auf strukturellen Veränderungen des Gehirns beruhend, oder symptomatisch, als Begleiterscheinung einer extracerebralen körperlichen Erkrankung (Kielholz 1971).

'Endogene Depressionen' sind wie folgt definiert:

"Unter der Bezeichnung verstehen wir die depressiven Phasen aller affektiven Psychosen, d.h. des manisch-depressiven Formenkreises (bipolare Formen) und der

periodischen oder monophasischen Depressionen (monopolare Formen). Sie können dementsprechend einmalig, periodisch oder mit vereinzelt manischen Phasen alternierend auftreten und sind nach heutiger Auffassung vorwiegend konstitutionell bedingt." (Kielholz 1971)

In diesem Sinne haben eventuell vorangehende Ereignisse höchstens auslösenden Charakter. Die Unterteilung der endogenen Depression in zyklische und periodische Formen (später bipolare und unipolare) wie die Integration der Spätdepression setzte sich mit Angst und Perris (1968) durch. Die schizophrene Depression wird von Kielholz ab 1974 als eigene Gruppe ausgeschlossen.

Den 'psychogenen Depressionen' liegt ursächlich ein äußeres belastendes Ereignis oder eine Situation, aber auch die jeweilige Persönlichkeitsentwicklung zugrunde. Darunter fallen die neurotische Depression, die Erschöpfungsdepression und die reaktive Depression.

Die 'neurotische Depression' definiert Kielholz als:

"... eine durch ganz oder teilweise verdrängte Konflikte bedingte Störung der psychischen Erlebnisverarbeitung, die zeitweise oder dauernd mit depressiver Symptomatik einhergeht" (Kielholz 1971).

Die Abgrenzung zur endogenen Depression ist insofern schwierig, als eine auslösende Situation oft nicht weiter auffällig und deshalb schwierig zu identifizieren sein kann.

Bei der 'reaktiven Depression' liegt das Gewicht fast vollständig auf dem auslösenden Ereignis.

"Als psychoreaktive Depression bezeichnen wir traurige oder ängstliche Verstimmungszustände, die sich an ein umweltbedingtes, psychisch schmerzliches Ereignis unmittelbar anschließen, nicht sehr lange (nicht länger als Wochen) anhalten und deren Inhalte im wesentlichen um das auslösende emotionelle Erlebnis zentriert bleiben." (Kielholz 1971)

Die 'Erschöpfungsdepression' entsteht:

"nach langdauerndem, quälendem Affektdruck, schweren wiederholten Psychotraumen oder immer wiederkehrenden affektiven Nadelstichen" (Kielholz 1971).

Sie gehört damit zu den einfachen seelischen Fehlentwicklungen nach Binder (1962) und ist zwischen reaktiver und neurotischer Depression anzusiedeln. Ihr liegt im Gegensatz zur reaktiven Depression eine lange Entwicklung zugrunde. Es besteht aber keine konflikthafte Affekteinstellung wie bei der neurotischen Depression.

Wenn häufig eine Abgrenzung endogener von reaktiver Depression angezweifelt wird, so gilt das sicher um so mehr innerhalb der Gruppe der psychogenen Depressionen. Besonders Autoren aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum verzichten auf eine Differenzierung der psychogenen Depressionen und gebrauchen die Begriffe 'neurotisch' und 'reaktiv' synonym.

Phänomenologisch differenziert Kielholz (1979) folgende Syndrome:

- | | | |
|---|---|------------------------|
| 1. gehemmt - apathisches | } | depressives
Syndrom |
| 2. agitiert - ängstliches | | |
| 3. psychosomatisch - vegetativ - larviertes | | |

Bei der 'larvierten Depression' handelt es sich um ein depressives Geschehen, bei dem die psychischen Symptome von den somatischen überdeckt werden (Kielholz 1981). Ursprünglich war der Terminus 'larviert' nosologisch auf die endogenen Depressionen beschränkt, bis man erkannte, daß sich auch eine psychogene Depression hinter körperlichen Beschwerden verbergen kann. Die Erschöpfungsdepression mit ihrer gerade zu Beginn starken vegetativen Symptomatik bezeichnet Kielholz (1981) als "zunächst larviert verlaufende Depression". Synonym zu 'larvierter Depression' spricht man in den USA allgemein von 'masked depression' (Kielholz

1981). Beschwerden, hinter denen man ein depressives Geschehen vermutet, wie Zephalgien, Meralgien, unruhige Beine, Asthmaanfälle und rezidivierende Ekzeme, werden nach Löbez-Ibor auch als 'depressive Äquivalente' bezeichnet (Kielholz 1981).

1.2.2 Die Einteilung der Newcastle-Gruppe

Die Arbeit der Newcastle-Gruppe zielt darauf ab, mittels der multivariaten Analyse zwei qualitativ unterschiedliche Kategorien 'endogenous' und 'neurotic depression' nachzuweisen (Carney et al. 1965, Kiloh, Garside 1962, 1963, Kiloh et al. 1972, Roth 1977a) sowie die depressiven Zustände von den Angstzuständen abzugrenzen (Roth et al. 1972, Gurney et al. 1972, Kerr et al. 1972, Schapira et al. 1972, Roth 1977b). Der Nachweis zweier qualitativ unterschiedlicher Gruppen liegt in einer bimodalen Verteilung der Symptome. Validierung erfolgt mittels therapeutischer Ansprechbarkeit, Verlauf und Ausgang.

In ihrer klinischen Diagnostik geht die Newcastle-Gruppe auf Gillespie (1926) zurück (zit. n. Rosenthal, Klerman 1966), ersetzen aber Gillespies Bezeichnung 'autonomous' durch 'endogenous', 'reactive' durch 'neurotic'. 'Endogenous', weil es klinisch gebräuchlicher ist, 'neurotic', um die Doppeldeutigkeit von 'reactive' zu vermeiden (Kiloh, Garside 1963). Von den oben erwähnten Arbeiten ist besonders die von Carney et al. (1965) in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen Diskussionen gerückt.

Carney et al. (1965) hatten zunächst in den Jahren 1956, 1957 und 1958 anhand von 101 retrospektiven Fallstudien Symptome ermittelt, die sich klinisch als differenzierend erwiesen hatten. Davon wurden 35 für die vorliegende Studie ausgewählt. Das Patientenkollektiv bestand aus 129

stationären Patienten, wobei solche ausgeschlossen wurden, bei denen sich die Depression im Anschluß an eine andere Erkrankung wie andere Psychosen, organische cerebrale Erkrankungen, Epilepsie, Drogenmißbrauch usw. entwickelt hatte. Die Datengewinnung erfolgte über ein 45minütiges Interview, eventuell alte Krankenberichte und Beobachtungen des Personals. Die Diagnose wurde vor oder unmittelbar nach Beginn der Behandlung mit ECT gestellt; die Ansprechbarkeit auf ECT nach drei und sechs Monaten anhand einer Vier-Punkte-Skala bewertet.

Die Hauptkomponentenanalyse ergab schließlich einen allgemeinen Faktor, einen bipolaren Faktor und einen paranoid-psychotischen Faktor. Mittels multipler Regressionsanalyse wurden jeweils zehn Items ermittelt, die besonders geeignet in Hinblick auf eine differentialdiagnostische Aussage bzw. eine Vorhersage der therapeutischen Ansprechbarkeit auf ECT sind. In Tabelle 1 sind die Items aufgeführt, für die sich eine signifikante Korrelation mit der Diagnose 'endogene Depression' bzw. 'neurotische Depression' ergab. Tabelle 2 und 3 zeigen die Items, die besonders von differentialdiagnostischer Bedeutung sind bzw. eine Vorhersage der therapeutischen Ansprechbarkeit auf ECT ermöglichen.

Tab. 1: Verteilung der Items für neurotische und endogene Depression

<u>endogen</u>	<u>neurotisch</u>
1. adäquate prämorbidie Persönlichkeit	1. Angst
2. keine adäquate Psychogenese	2. Abendtief
3. fremdartiger Charakter der Depression	3. Selbstmitleid
4. Gewichtsverlust (> 3 kg)	4. Tendenz, andere anzuklagen
5. pyknischer Körperbau	5. hysterische Symptome
6. frühere depressive Phasen	6. Hypochondrie
7. frühmorgendliches Erwachen	
8. depressive psychomotorische Aktivität (Hemmung, Stupor oder Agitiertheit)	
9. nihilistischer Wahn	
10. somatischer Wahn	
11. paranoider Wahn	
12. Schuldgefühle	

Tab. 2: Items zur differentialdiagnostischen Aussage

1. adäquate prämorbidie Persönlichkeit
2. keine adäquate Psychogenese
3. fremdartiger Charakter der Depression
4. Gewichtsverlust
5. frühere depressive Phasen
6. depressive psychomotorische Aktivität
7. Angst
8. nihilistischer Wahn
9. Tendenz, andere anzuklagen
10. Schuldgefühle

Tab. 3: Items zur Vorhersage der therapeutischen Ansprechbarkeit auf ECT

1. Gewichtsverlust
2. pyknischer Körperbau
3. frühmorgendliches Erwachen
4. Angst
5. somatischer Wahn
6. paranoider Wahn
7. Abendtief
8. Selbstmitleid
9. Hypochondrie
10. hysterische Symptome

Ergebnis dieser Studie ist also, daß sich neurotische und endogene Depressionen aufgrund ihrer Items trennen lassen, zum zweiten, daß eine gute Ansprechbarkeit auf ECT mit der Diagnose 'endogene Depression' korreliert ist, während Patienten mit neurotischer Depression wenig Besserung nach ECT zeigen. Einschänkend muß allerdings gesagt werden, daß eine Vorhersage der therapeutischen Ansprechbarkeit auf ECT sich besser aus den einzelnen Items als aus der kategorialen Einteilung ableiten läßt (Carney et al. 1965).

Übereinstimmend sprechen auch andere Faktorenanalysen der Newcastle-Gruppe (Kiloh, Garside 1962, 1963, Kiloh et al. 1972) sowie ein Überblick von Mendels und Cochrane (1968) über sieben Analysen verschiedener Autoren für eine kategoriale Trennung von neurotischer und endogener Depression. Dabei ergeben sich im Vergleich gute Übereinstimmungen in der Beschreibung der endogenen Depression, während die Ergebnisse bezüglich der neurotischen Depression weniger befriedigend sind und ein heterogenes Bild bieten. Mendels und Cochrane (1968) unterscheiden ein rein depressives Bild - endogene Depression - von der neurotisch/reaktiven

Depression, bei der die Depressivität als ein Symptom mit nicht-affektiven Störungen kontaminiert ist.

In ihrer späteren Studie von 1972 führen Kiloh et al. deshalb nach Trennung der endogenen und neurotischen Depression separate Hauptkomponentenanalysen für beide Gruppen durch. Faktor I ist jeweils ein bipolarer Faktor, die Faktoren II, III und IV dagegen sind für die endogene Depression ohne klinische Signifikanz, während sich für die neurotische Depression folgendes Bild ergab: Faktor II: Persönlichkeitsstörung, Faktor III: Angst und Depression als Antwort auf ein auslösendes Ereignis, Faktor IV: ärgerlich-feindselige Depression bei unangepaßten oder psychopathischen Männern. Kiloh et al. (1972) schließen aus ihren Ergebnissen, daß die endogene Depression kategorialer Natur ist, während die neurotische Depression eine mehr dimensionale Verteilung aufzuweisen scheint.

Im Gegensatz zu den Autoren der zuvor erwähnten Faktorenanalysen ist es Kendell (Kendell 1968, Kendell, Gourlay 1970) nicht gelungen, die Ergebnisse von Carney et al. (1965) zu replizieren. Kendell (1968, 1976) plädiert deshalb für eine dimensionale Klassifizierung endogener und neurotischer Depressionen.

1977 faßt Roth (1977b) die Ergebnisse der Newcastle-Gruppe zusammen und definiert die neurotische und endogene Depression vorläufig folgendermaßen:

1. 'neurotic depression':

"The main features are a depressive mood change whose variety fluctuates with change in circumstances, initial insomnia, lack of consistent diurnal variation, irritability, prominent anxiety, an adverse live situation in more or less intimate association with the onset of symptoms and an unstable personality setting of varying character."

2. 'endogenous depression':

"... is disproportionately severe, sustained, difficult to comprehend in the light of circumstances and pursues a relatively autonomous course unaffected by life events."

Die Unterscheidung erfolgt also aufgrund von Symptomatologie, Verlauf, Auslösung durch widrige Lebensumstände und präorbider Persönlichkeit.

Mit einer zweiten Serie von Versuchen versucht die Newcastle-Gruppe, Depressionen generell und Angstzustände voneinander zu trennen (Roth et al. 1972, Gurney et al. 1972, Kerr et al. 1972, Schapira et al. 1972) sowie in einem weiteren Ansatz die neurotische Depression von den Angstzuständen zu differenzieren (Mountjoy, Roth 1976, unveröffentlicht, siehe Roth 1977b). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet man bei Roth (1977b).

Interessant ist, daß Angst jeweils mit einer schlecht angepaßten präorbiden Persönlichkeit, schlechter Prognose und schlechter therapeutischer Ansprechbarkeit auf ECT und trizyklische Antidepressiva korreliert ist. Die neurotische Depression nimmt dabei aufgrund ihrer engen Beziehung zu den Angstzuständen eine Mittelstellung zwischen den Angstzuständen auf der einen Seite und den endogenen Depressionen mit gut angepaßter präorbider Persönlichkeit, guter Prognose und guter therapeutischer Ansprechbarkeit auf der anderen ein (Roth 1977a).

1.2.3 Paykels Typologie (1971)

Im Gegensatz zu den zuvor genannten Faktorenanalysen versucht Paykel (1971) mittels Clusteranalyse eine Gruppierung der depressiven Zustände zu erzielen. Damit präsen-

tiert sich ein vergleichbares Bild der endogenen Depression sowie eine weitere Unterteilung innerhalb der heterogenen Gruppe der neurotischen Depression.

Erfaßt wird ein breit gefächertes Patientengut, bestehend aus 100 ambulanten Patienten, 30 Patienten einer Tagesklinik, 25 Patienten einer psychiatrischen Notfallambulanz und 65 stationären Patienten. Nicht miteinbezogen wurden Patienten, bei denen sich die Depression im Anschluß an eine andere psychiatrische Erkrankung entwickelt hatte. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung war allerdings kein Grund zum Ausschluß.

Als Meßinstrumente dienen eine 6-Punkte-Skala zur Erfassung des Schweregrads der Depression sowie eine weitere Depressionsskala aufbauend auf der 'Hamilton Rating Scale for Depression' (Hamilton 1960). Eine Life-Event-Skala in Anlehnung an Holmes und Rahe (1967) ermöglicht die Beurteilung schwerwiegender Lebensereignisse. Der Neurotizismuswert ergibt sich aus einer Untersuchung mit dem 'Maudsley Personality Inventory' (Eysenck 1959) und ist damit ein Index für die prämorbidie Anpassung.

Der eigentlichen Clusteranalyse ging zunächst eine Hauptkomponentenanalyse voraus. Auf den sechs extrahierten Faktoren wurde dann die Clusteranalyse aufgebaut. Zusätzlich wurde auf jeder Ebene der Analyse eine Diskriminanzanalyse durchgeführt.

Ergebnis der Clusteranalyse ist ein hierarchisches Modell mit schließlich vier Subkategorien; eine weitere Unterteilung ergab keine sinnvollen interpretierbaren Ergebnisse. Dabei weist Paykel (1971) darauf hin, daß es sich bei seinen vier Clustern eher um Typen als um präzis abgegrenzte Kategorien handelt. Abbildung 3 zeigt die hierarchische Unterteilung des ursprünglichen Patientenkollektivs.

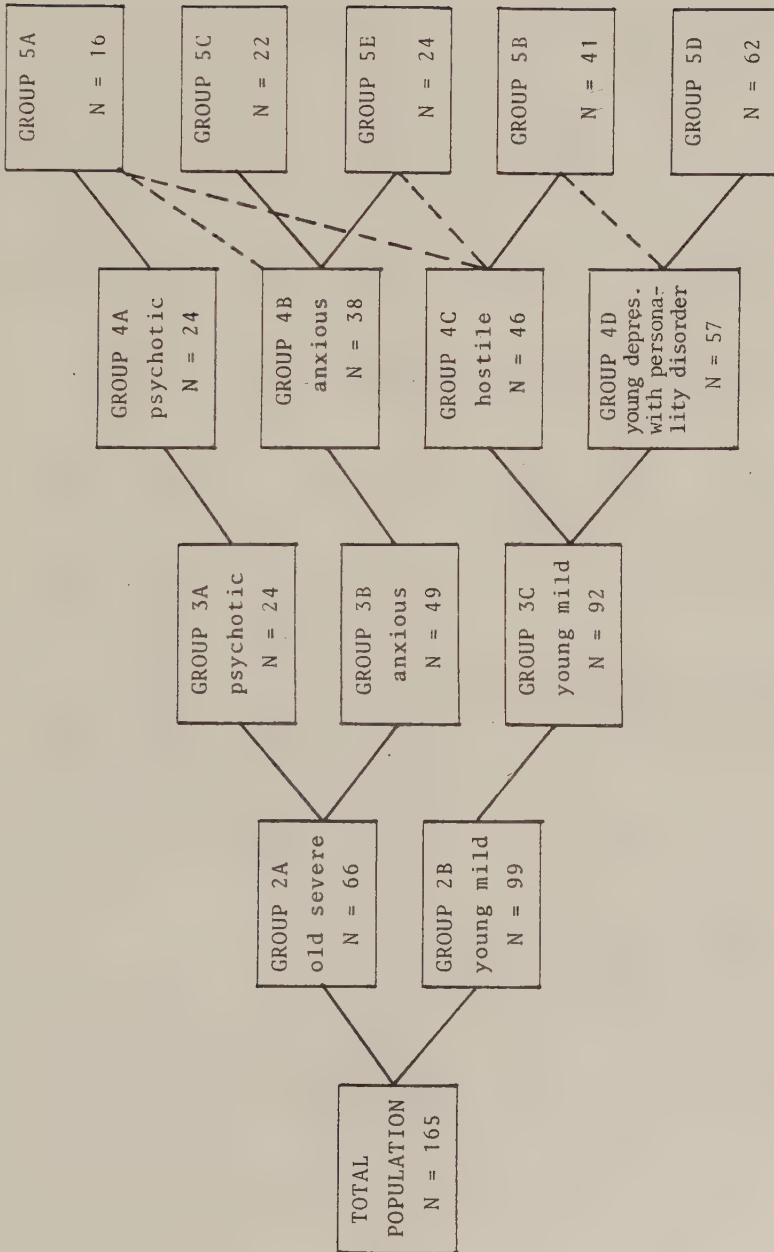


Abb. 3: Hierarchische Gliederung (Paykel 1971)

Auf der zweiten Ebene ergibt sich die Trennung in erster Linie aufgrund des unterschiedlichen Lebensalters und der Depressionstiefe. Auf der dritten Ebene findet eine weitere Unterteilung der Patienten mit höherem Lebensalter und schwererer Depression in Patienten mit psychotischer Symptomatik und Patienten mit ausgeprägter Angstsymptomatik statt. Eine Unterteilung der jungen, mild Depressiven ergibt sich erst auf der vierten Ebene. Die Charakteristika dieser vier endgültigen Cluster sind in Tabelle 4 festgehalten.

Tab. 4: Charakteristika der Vier-Gruppen-Typologie
(Paykel 1977)

Gruppe	Alter	Depressions-tiefe	Symptome	Vorgeschichte
Psycho-tisch De-pressive	älter	schwer	depressive Wahn-inhalte, Hemmung, Anorexie, Schuld-gefühle, Durch-schlafstörungen	niedriger Neuro-tizismus, niedri-ger Wert auf Life-Event-Skala
Ängstlich Depres-sive	mitt-leres Alter	mittlere Schwere	mittelstark aus-geprägte depres-sive Symptomatik, hoher Angstwert und ausgeprägte vegetative Angst-Symptomatik, Ers-chöpfung, Deper-sonalisation, zwangssymptome	phasenhafter Verlauf, länger andauernd hoher Neurotizismus-wert, niedriger Wert auf Life-Event-Skala
Feindselig Depressive	mitt-leres Alter	mittlere Schwere	Feindseligkeit und Selbstmit-leid	
Junge De-pressive mit Per-sönlich-keits-störun-gen	jung	gering	relativ geringe depressive Sym-ptomatik mit Merkmalsschwan-kungen	gestörte soziale Beziehungen auf-grund von Per-sönlichkeits-störungen, hoher Neurotizismus

Die erste Gruppe spiegelt die klassische endogene oder psychotische Depression wider. Die zweite Gruppe 'ängstliche Depressive' zeichnet sich besonders durch starke Angstsymptomatik aus; sie hatte die höchsten Werte auf der Neurotizismus-Skala, aber gleichzeitig niedrige auf der Life-Event-Skala. Die beiden folgenden Gruppen sind weniger gut trennbar. Die 'feindselig Depressiven' sind etwas schwerer depressiv und zeichnen sich durch Feindseligkeit und Selbstmitleid aus. Die letzte Gruppe 'junge Depressive mit Persönlichkeitsstörungen' ist am wenigsten depressiv und zeigt starke Reaktivität auf Umweltfaktoren. Sie hat gleichzeitig einen hohen Neurotizismus - und hohen Life-Event-Score; ihre Vorgeschichte deutet auf Persönlichkeitsstörungen hin.

Paykel (1971) diskutiert daraufhin die Übereinstimmungen seiner Typologie mit den klinischen Dichotomien 'endogen'-'reaktiv' und 'psychotisch'-'neurotisch'. 'Endogen' und 'reaktiv' versteht Paykel (1971) hier in bezug auf An- oder Abwesenheit eines auslösenden Ereignisses. Bei den ersten beiden Gruppen 'psychotisch Depressive' und 'ängstlich Depressive' finden sich in gleichem Maße mehr nicht-ausgelöste Depressionen, während bei den 'feindselig Depressiven' und den 'jungen Depressiven mit Persönlichkeitsstörungen' die Erkrankung häufiger einem äußeren Ereignis folgt. Allerdings ist diese Unterscheidung nicht signifikant. Paykel (1971) findet seine Typologie eher mit dem 'psychotisch'-'neurotisch'-Konzept in Einklang. 'Psychotisch' und 'endogen' decken sich im klinischen Sprachgebrauch häufig, wobei 'psychotisch' aber noch auf einen besonderen Schweregrad hinweist oder in einer engeren Bedeutung das Vorhandensein von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen fordert. Paykel findet den Ausdruck 'psychotisch' für seine Gruppe zutreffender. 'Neurotisch' ist nach Paykel (1971) folgendermaßen definiert:

1. Abwesenheit von Wahnvorstellungen, d.h. also geringerer Schweregrad und kein Bruch mit der Realität
2. Vorhandensein bestimmter Symptome nach Mendels und Cochrane (1968) wie Selbstmitleid, Hysterie, Charakterstörung ("Inadäquatheit"), Angst und anderer nicht-depressiver Züge
3. Schlechte prämorbidie Anpassung und gestörte Lebensverhältnisse.

Diese neurotische Gruppe würde dann aus den drei Gruppen 'ängstlich Depressive', 'feindselig Depressive' und 'junge Depressive mit Persönlichkeitsstörungen' bestehen, wobei Paykel (1971) besonders die 'ängstlich Depressiven' explizit als neurotisch Depressive bezeichnet.

Validierung der Vier-Gruppen-Typologie erfolgt in einer weiteren Arbeit mittels therapeutischer Ansprechbarkeit auf Amitryptilin (Paykel 1972). Danach sprechen die 'psychotisch Depressiven' gut, die 'feindselig Depressiven' sowie die 'jungen Depressiven mit Persönlichkeitsstörung' weniger gut und die 'ängstlich Depressiven' schlecht auf Amitryptilin an. Wie die Newcastle-Gruppe findet auch Paykel (1972) eine enge Korrelation zwischen Angst und schlechter therapeutischer Ansprechbarkeit. Darüber hinaus bestätigt sich die Vier-Gruppen-Typologie sowie die Auffassung, daß zur Vorhersage der therapeutischen Ansprechbarkeit die 'psychotisch'-'neurotisch'-Dichotomie nicht ausreichend ist.

Paykel (1972) diskutiert seine Ergebnisse im Vergleich zu den Clusteranalysen von Grinker (1961) und Overall et al. (1966) sowie der Faktorenanalyse von Hamilton und White (1959). In bezug auf die ersten drei Gruppen 'psychotisch Depressive', 'ängstlich Depressive' und 'feindselig Depressive' ergeben sich weitgehende Übereinstimmungen mit den Arbeiten von Grinker (1961) und Overall et al. (1966).

Eine den 'jungen Depressiven mit Persönlichkeitsstörung' vergleichbare Gruppe sind die 'Psychopathen' von Hamilton und White (1959). Kiloh et al. (1972) halten ihre Ergebnisse ebenfalls für vergleichbar. Die Hauptkomponentenanalyse an den neurotisch Depressiven ergab neben einem allgemeinen Faktor folgende drei Faktoren: II: Persönlichkeitsstörung, III: Angst und Depression als Antwort auf ein auslösendes Ereignis, IV: ärgerlich-feindselige Depression bei unangepaßten oder psychopathischen Männern. Einschränkung muß allerdings gesagt werden, daß die Depression bei Paykels 'ängstlich Depressiven' häufig nicht durch ein äußeres Ereignis ausgelöst war.

1977 versuchen Paykel und Mitarbeiter (Paykel, Henderson 1977, Prusoff, Paykel 1977) ihre Ergebnisse von 1971 und 1972 zu replizieren. Drei Gruppen lassen sich darstellen: 'psychotisch Depressive', 'ängstlich Depressive' und 'junge Depressive mit Persönlichkeitsstörung', während die 'feindselig Depressiven' nicht scharf von den 'jungen Depressiven mit Persönlichkeitsstörung' zu trennen waren (Paykel, Henderson 1977). Eine davon unabhängige Replikation der Studie von 1972 zur therapeutischen Ansprechbarkeit auf Amitryptilin ergab eine weitere Validierung der Vier-Gruppen-Typologie. Eine weitere Replikation von Steinmeyer (1980) ergab Übereinstimmungen auf der dritten Ebene: 'psychotisch Depressive', 'ängstlich Depressive', 'junge mild Depressive'.

In ihrem Überblick über elf Clusteranalysen fassen Blashfield und Morey (1979) die Ergebnisse der multivariaten Analyse folgendermaßen zusammen. Trotz erheblicher Unterschiede in Methodik, Auswahl der Variablen und Grundgesamtheit der Patienten ergeben sich große Übereinstimmungen bezüglich der endogenen bzw. der psychotischen Depression. Das gilt für die verschiedenen Clusteranalysen wie auch im Vergleich zu den zuvor erwähnten Faktorenanalysen.

lysen (siehe auch Mendels, Cochrane 1968). Im Gegensatz zu den meisten Faktorenanalysen ergeben die Clusteranalysen allerdings weitere Unterteilungen der nicht-psychotischen bzw. der nicht-endogenen Gruppe. Am häufigsten vertreten sind die Cluster: 'neurotisch Depressive', 'feindselig Depressive' und 'ängstlich Depressive'. Gleichzeitig müssen aber Blashfield und Morey (1979) wie auch Kendell (1976) feststellen, daß der Einfluß der multivariaten Analyse auf die gängigen Klassifikationen bisher gering ist. Blashfield und Morey (1979) machen dafür ungelöste methodische Probleme auf der einen, eine gewisse konservative Haltung auf der anderen Seite verantwortlich.

1.2.4 Das 'unipolar'-'bipolar'-Konzept

Die Unterteilung der manisch-depressiven Psychosen in unipolare und bipolare Formen wurde erstmals von Leonhard (1957) vorgeschlagen, setzte sich aber erst mit den Studien von Angst (1966) und Perris (1966), Angst und Perris (1968) durch, die unabhängig voneinander zu vergleichbaren Ergebnissen kamen. Monopolare (unipolare) phasische und periodische Depressionen lassen sich von zirkulären (bipolaren) trennen hinsichtlich familiärer Belastung, prä-morbider Persönlichkeit, Verlauf und Prognose. Symptomatologisch dagegen bestehen keine Unterschiede. Weitere Validierung erfolgt mittels unterschiedlicher therapeutischer Ansprechbarkeit auf die Lithiumtherapie, genetischer Studien und biologischer Studien wie z.B. Messung unterschiedlicher evozierter Potentiale bei unipolaren und bipolaren Depressionen, Messung unterschiedlicher Urin-MHPG-Spiegel usw. Eine umfassende Zusammenstellung der entsprechenden Literatur findet man bei Andreasen (1982).

Das 'unipolar'-'bipolar'-Konzept ist weitgehend akzeptiert worden. Es ist neben den übereinstimmenden Ergebnissen der

multivariaten Analyse bezüglich der endogenen bzw. psychotischen Depression ein weiterer Punkt, wo sich eine Eini-gung innerhalb der Kontroversen um eine 'Klassifikation der Depressionen abzeichnet (Kendell 1976). Nachteilig wirkt sich allerdings aus, daß unterschiedliche Defini-tionen und Verwendungen der Begriffe bestehen.

Angst und Perris (1968) beschränken die Unterteilung auf endogene bzw. manisch-depressive Psychosen. Nach Angst (1966) umfaßt der Begriff 'unipolare Depression' alle mo-nophasischen und periodischen Depressionen wie auch Fälle mit hypomanischen Nachschwankungen im Anschluß an eine de-pressive Phase. Perris (1966) dagegen definiert 'unipolare Depression' enger und fordert mindestens drei depressive Phasen mit vollständiger Remission. Depressionen mit hypo-manischen Nachschwankungen rechnet er zu den bipolaren Formen.

Depressionen mit hypomanischen Nachschwankungen werden spä-ter häufig nach Dunner et al. (1976) als 'bipolar II' von zirkulären Verläufen mit echten manischen Phasen ('bipo-lar I') abgegrenzt. Eine dritte Gruppe, Patienten mit aus-schließlich depressiven Phasen, aber mit familiärer Bela-stung mit Manie, wird von Depue und Monroe (1978) als 'bi-polar III' eingeführt. Patienten, die nur manische Phasen aufweisen, werden allgemein unter die bipolaren Formen ('bipolar I') gefaßt in der Annahme, daß die erste depres-sive Phase sich noch nicht manifestiert hat (Kendell 1976).

Unklar ist insbesondere die Verwendung von 'unipolar'. Ei-nige Autoren (Winokur 1973, Andreasen, Winokur 1979) ver-zichten auf eine Vorab-Kategorisierung nach endogener und neurotischer Depression und wenden das 'unipolar'-'bipolar'-Konzept auf den gesamten Pool der affektiven Störungen bzw. in Verbindung mit 'primary depression' an. Roth (1978) kritisiert, daß dadurch der Begriff 'unipolare Depression' entgegen dem ursprünglichen Sinn ausgeweitet wird und endo-

gene wie auch neurotische Depressionen enthält.

1.2.5 Das 'primary'-'secondary'-Konzept

Das 'primary'-'secondary'-Konzept entstand aus dem Wunsch, die umstrittenen und widersprüchlich verwendeten Begriffe 'endogen', 'reaktiv', 'neurotisch' und 'psychotisch' durch neuere, eindeutigere zu ersetzen. Woodruff (1967) greift Sydenhams Konzept von der natürlichen Entwicklung ('natural history') von Krankheiten auf, nach dem man in Kenntnis der natürlichen Entwicklung die Prognose einer Krankheit bestimmen kann. Ebenso ist auch die therapeutische Ansprechbarkeit abhängig vom natürlichen, unbehandelten Verlauf. Woodruff (1967) schlägt deshalb - ähnlich wie zuvor Heron (1965) und Munro (1966) - vor, depressive Störungen anhand ihrer Vorgeschichte - nach Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von früheren psychiatrischen Erkrankungen - zu unterteilen. Man ging davon aus, daß depressive Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen in der Vorgeschichte sich bezüglich familiärer Belastung, Verlauf, Prognose und therapeutischer Ansprechbarkeit von Patienten ohne eine entsprechende Vorgeschichte unterscheiden müßten, und erhoffte sich von dieser chronologischen Einteilung eine zuverlässigere Forschungsgrundlage (Robins, Guze 1972). Allgemein gebräuchlich wurden die Begriffe durch die Diagnostikkriterien von Feighner et al. (1972).

'Primary affective disorder' ist nach Feighner et al. (1972) folgendermaßen definiert:

"Psychiatric illness lasting at least one month with no pre-existing psychiatric conditions such as schizophrenia, anxiety neurosis, phobic neurosis, obsessive compulsive neurosis, hysteria, alcoholism, drug dependency, antisocial personality, homosexuality and other

sexual deviations, mental retardation, all organic brain syndrom."

Nicht ausgeschlossen sind Patienten mit einer affektiven Störung, d.h. Patienten, die schon früher entweder depressive oder manische Phasen entwickelt haben (Woodruff 1967).

'Secondary affective disorder':

"... occurs with one of the following: (1) a pre-existing non-affective psychiatric illness which may or may not still be present,
(2) a life-threatening or incapacitating medical illness precedes and parallels the symptoms of depressions."

Symptomatologisch werden 'primary' und 'secondary' durch die gleichen Kriterien definiert.

Es stellte sich bald heraus, daß sich nicht alle depressiven Patienten als primary oder secondary klassifizieren ließen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - bis auf die 'antisocial personality' - sind von vorneherein von der Diagnose 'primary' oder 'secondary' ausgeschlossen. Die Persönlichkeitsstörungen schienen noch nicht genügend validiert und wurden deshalb nicht in die Liste der psychiatrischen Vorerkrankungen aufgenommen. Andere Patienten entwickeln in ihrer Vorgeschichte nicht-affektive Symptome, ohne daß diese zu einer klinischen Diagnose ausreichen, oder ihre Vorgeschichte ist nicht mehr rekonstruierbar. Für diese Gruppen sehen Robins und Guze (1972) die 'undiagnosed categorie' vor. Im Zweifel wird es aber von dem jeweiligen Untersucher abhängen, ob er Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung als 'primary' diagnostiziert oder der 'undiagnosed category' zuordnet. Problematisch sind auch Fälle mit einer 'primary depression', die später eine andere psychiatrische Erkrankung wie z.B. Alkoholabhängigkeit und im Anschluß daran eine zweite depressive Phase entwickeln. Wood (1977) schlägt für diese Pa-

tienten eine weitere Kategorie 'primary complicated affective disorder' vor.

Patienten mit vorausgegangenen schweren physischen Erkrankungen werden heute nicht mehr als 'secondary depression' diagnostiziert (Andreassen 1982).

Verschiedene Auffassungen herrschen darüber, welches Patientengut sich hinter den Begriffen 'primary' und 'secondary' verbirgt. In der Literatur wird 'primary' häufig gleich 'endogen' oder 'psychotisch' gesetzt (Akiskal 1979). Entsprechend ist Winokur (1972) der Auffassung, daß die meisten neurotischen Depressionen auch 'secondary depressions' sind. Woodruff (1967) dagegen weist darauf hin, daß die Begriffe 'primary' und 'secondary' keineswegs synonym zu den herkömmlichen Bezeichnungen sind, wenn es auch wahrscheinlich ist, daß die meisten endogenen Depressionen als 'primary depressions' diagnostiziert werden. Ebenso können aber auch reaktive Depressionen unter die 'primary depressions' fallen. Bestätigt wird dies von einer Studie von Nelson (1980). Danach wurden 92 % der 'endogenous' (im Sinne von Gillespies 'autonomous') und 45 % der 'reactive depressions' (im Sinne Gillespies) als 'primary affective disorder' klassifiziert.

Nelsons Studie macht zumindestens deutlich, daß die Kategorisierung in 'primary' und 'secondary' alleine nicht ausreichend ist. In der Kategorie 'primary affective disorder' sind zwei Gruppen mit unterschiedlichem therapeutischem Vorgehen zusammengefaßt. Die 'endogenous depressions' wurden durchweg medikamentös therapiert und waren länger hospitalisiert, die 'reactive depressions' dagegen wurden weniger häufig pharmakologisch behandelt und waren kürzer hospitalisiert. Nelson (1980) plädiert deshalb für eine weitere Subklassifikation, die es ermöglicht, das Bild der 'endogenous depression' besser darzustellen.

Verschiedene Arbeiten haben sich speziell um eine Validierung der 'secondary depression' bemüht, zum Teil mit recht

unterschiedlichen Ergebnissen. Clayton und Lewis (1981) und Andreasen (1982) geben einen Überblick über die wichtigsten Arbeiten. Insgesamt scheint sich die Hoffnung auf eine eindeutigere und zuverlässigere Einteilung der depressiven Erkrankungen mittels der 'primary'-'secondary'-Klassifizierung nicht bestätigt zu haben, wenn auch eine endgültige Beurteilung verfrüht sein mag.

Unklar ist schon, welche Vorerkrankungen bevorzugt auftreten. Guze (1971) führt in 92 % der Fälle Angstneurosen, Hysterie, antisoziale Persönlichkeit und Alkoholismus an. Andreasen und Winokur (1979) dagegen betonen letztere drei als 'acting out'-Störungen im Gegensatz zu den seltener auftretenden psychoneurotischen Störungen. Nach Weissman (1977) ist es vor allem der Alkoholismus. Clayton und Lewis (1981) weisen darauf hin, daß die unterschiedlichen Ergebnisse auch wesentlich darauf beruhen, woher man sein Patientenkollektiv gewinnt: ambulante, stationäre Patienten, psychiatrischer Beratungsdienst usw. Andreasen (1982) schlägt vor, die 'secondary depressions' grundsätzlich zu subklassifizieren, z.B. in solche mit neurotischen Störungen und andere mit 'acting out'-Störungen.

Relativ übereinstimmend wird berichtet, daß Patienten mit 'secondary depression' jünger sind, eher männlich und familiäre Belastung mit Alkoholismus zeigen.

Symptomatologisch scheint es keine nennenswerte Unterschiede zwischen 'primary' und 'secondary' zu geben. Patienten mit 'secondary depression' zeigen vermehrt somatische Symptome, Angst, Delinquenz und antisoziales Verhalten (Guze 1971), nach Andreasen und Winokur (1979) allerdings ohne statistische Signifikanz. Retardierung scheint eher mit 'primary depression' assoziiert zu sein (Wood 1977, Winokur, Andreasen 1979), aber ebenfalls nicht signifikant. Nach Akiskal (1978) neigen Patienten mit 'secondary depression' eher zu chronischem Verlauf und sozialem Abstieg.

Bezüglich der therapeutischen Ansprechbarkeit sei auf die Studie von Andreasen und Winokur (1979) verwiesen. Danach unterscheiden sich 'primary' und 'secondary depression' weder hinsichtlich der verordneten Therapie noch in ihrer therapeutischen Ansprechbarkeit.

Nach Andreasen (1982) scheint das 'primary'-'secondary'-Konzept klinisch nicht relevant zu sein, während es im Forschungsbereich den Sinn hat - besonders mit Blick auf 'primary depressions' - homogenere Gruppen zu konstituieren.

1.2.6 Winokurs System (1973)

Winokurs Beitrag zu einer Klassifikation der Depressionen (1973) beruht auf sorgfältigen genetischen bzw. familienhistorischen Untersuchungen. Frühe Arbeiten von Winokur (1967a, 1967b) und Hopkinson und Ley (1969) weisen bereits darauf hin, daß Geschlecht und Alter des Patienten bei Ausbruch der Depression entscheidende Parameter für die familiäre Belastung sind. Auf diesen Hypothesen basiert eine Arbeit von 1971 (Winokur 1971), in der die familiäre Belastung mit Depressionen, Alkoholismus und antisozialer Persönlichkeit in Abhängigkeit von Alter ('early onset' versus 'late onset') und Geschlecht des Patienten untersucht werden soll.

Das Patientenkollektiv besteht aus 100 stationären depressiven Patienten, die nach einem Zehn-Punkte-Katalog diagnostiziert wurden. Ausgeschlossen wurden Patienten mit Manie und Hypomanie in der Vorgeschichte oder familiärer Belastung mit Manie sowie Patienten mit anderen nicht-affektiven Störungen, psychiatrischen Manifestationen organischer Erkrankungen, Drogenabusus sowie Patienten, die einen Todesfall in den vorangegangenen drei Monaten erlebt hatten. (Damit bezieht sich diese Untersuchung lediglich

auf Patienten, die Winokur in seiner Einteilung von 1973 als 'primary affective disorder, depressive disease (unipolar)' diagnostiziert.)

Alle Patienten wurden systematisch interviewt bezüglich der klinischen Symptomatologie, ihrer Lebensgeschichte und der familiären Belastung. Die familienhistorischen Daten wurden ergänzt durch persönliche Interviews mit allen Verwandten ersten Grades sowie einer weiteren systematischen Untersuchung von 129 Familienmitgliedern. Die entsprechenden psychiatrischen Diagnosen bei diesem Verwandten wurden anhand von Diagnostikkriterien gestellt. Die statistische Auswertung erfolgt in der Berechnung des Erkrankungsrisikos ('morbid risk') nach der 'Strömgren-Methode' (Strömgren zit. b. Amerk 1951) sowie in der Berechnung der Signifikanz mit dem Chi-Quadrat-Test. Bestätigt wird diese Untersuchung durch eine Arbeit von Woodruff et al. (1971) und durch eine unabhängige Replikation von Winokur (1973).

Die entsprechenden Ergebnisse gehen in das folgende Schema (Tabelle 5) ein, das auf verschiedenen Einteilungskriterien beruht: Ätiologie ('reactive depression'), Chronologie ('primary'-'secondary'), Verlauf ('bipolar'-'unipolar') und familiärer Belastung.

Tab. 5: Einteilung der affektiven Störungen (Winokur 1973)

- I Bereavement as a model for reactive depression
- II Secondary depression
- III Primary affective disorder
 - a. Manic depressive disease (bipolar)
 - 1. clinical picture of mania and depression
 - 2. clinical picture of depression only but patient comes from family where mania exists
 - b. Depressive disease (unipolar)
 - 1. pure depressive disease
 - 2. depression spectrum disease
 - (3. sporadic depressive disease; 1978)

Die erste Gruppe (I) umfaßt depressive Zustände, die durch ein äußeres Ereignis ausgelöst wurden. Winokur (1973) grenzt sie bewußt von den 'primary affective disorders' ab, weil hier die Abweichung vom Normalen nur quantitativ und nicht qualitativ ist. In späteren Arbeiten dagegen wird die 'reactive depression' nicht mehr von einer 'secondary' und 'primary depression' bzw. 'bipolar' und 'unipolar depression' differenziert (Winokur et al. 1978, Winokur 1979).

'Primary' und 'secondary depression' und 'mania' werden nach den Feighner-Kriterien (Feighner et al. 1972) definiert. 'Primary affective disorder' spaltet sich nach Angst und Perris (1968) sowie aufgrund eigener genetischer Untersuchungen (Winokur 1970) in 'bipolar' und 'unipolar affective disorder' auf. 'Unipolar depression' läßt sich schließlich aufgrund unterschiedlicher familiärer Belastung mit Depressionen, Alkoholismus und antisozialer Persönlichkeit in 'pure depressive disease' (PDD), 'depression spectrum disease' (DSD) und in einer Erweiterung von 1978 in 'sporadic depressive disease' (SDD) unterteilen.

'Pure depressive disease' ist wie folgt definiert: familiäre Belastung mit Depression, keine Manie, kein Alkoholismus oder antisoziale Persönlichkeit. Prototyp ist ein männlicher Patient mit spätem Ausbruch der Krankheit, d.h. älter als 40 Jahre.

Für 'depressive spectrum disease' gilt: familiäre Belastung mit Alkohol oder antisozialer Persönlichkeit und mit Depression. Prototyp ist eine weibliche Patientin mit frühem Ausbruch der Krankheit, d.h. jünger als 40 Jahre. Dabei ist unter den weiblichen Verwandten die Depression stärker vertreten, unter den männlichen Alkoholismus und antisoziale Persönlichkeit.

'Sporadic depressive disease' weist weder familiäre Belastung mit Depression noch mit Alkohol oder antisozialer Persönlichkeit auf.

Andreasen (1982) und Coryell und Winokur (1982) fassen einige Ergebnisse zur Validierung dieses Systems zusammen. PDD verläuft schwerer als DSD und weist häufiger weitere Episoden in der Vorgeschichte und in der Folgezeit auf, DSD dagegen neigt weniger zur Chronizität. SDD wiederum scheint mehr mit der PDD als mit der DSD gemein zu haben. Die DSD ist im klinischen Bild variabler und weist mehr Persönlichkeitsprobleme und interpersonelle Konflikte auf. Ansonsten bestehen keine symptomatologischen Unterschiede. SDD und PDD scheinen besser auf trizyklische Antidepressiva anzusprechen, während DSD besser auf Tranquilizer reagiert. Genetische Studien und Versuche mit dem Dexamethason-Hemmtest weisen in eine ähnliche Richtung. Die Ergebnisse sind allerdings noch nicht genügend gesichert (Andreasen 1982). Insofern ist die Situation ähnlich wie bei 'primary' und 'secondary'. Ihr Vorteil liegt in der klaren Definition, prognostische und therapeutische Aussagekraft dagegen sind bisher begrenzt.

1.2.7 Kleins System (1974)

Kleins System (1974) ist insofern relevant, als es den Begriff der 'endogenomorphie depression' in die Diagnostik einführt, der häufig anstelle von endogener Depression gebraucht wird.

Kleins Klassifikation der Depressionen beruht auf klinischer Erfahrung. Seiner Auffassung nach ist die Unfähigkeit, Freude zu erfahren, eine Störung des 'central pleasure centre', pathogenetisch bei der Entstehung der Depression wirksam. Trizyklische Antidepressiva sollen die-

ses 'central pleasure centre' beeinflussen.

Entsprechend unterscheidet er eine Gruppe 'endogenomorphie depression', bei der die Fähigkeit, Freude zu erfahren, gestört ist, und zwei dysphorische Gruppen, bei denen diese Fähigkeit erhalten geblieben ist: 'acute dysphoria (reactive)' und 'chronic overreactive dysphoria (neurotic)'.

Das klinische Bild der 'endogenomorphie depression' entspricht dem der endogenen Depression. Sie ist unterteilbar in unipolar und bipolar. Einige Autoren bevorzugen den Begriff 'endogenomorphie', um auszudrücken, daß sie sich wie Klein lediglich auf die endogene Symptomatik beziehen, nicht aber auf eine autonome Entstehungsweise (siehe Akiskal et al. 1978, Andreasen 1982).

Für 'chronic overreactive dysphoria' und 'acute dysphoria' bringt Klein (1974) im wesentlichen keine neuen Definitionen. 'Chronic overreactive dysphoria (neurotic)' ist definiert:

"... a qualitative uniqueness; a chronic emotional or personality disorder related to low self-esteem, overly severe disappointment reaction, feeling of helplessness, reliance on external sources of self-esteem, and an irritable grasping, angry, unhappy, other-blaming and histrionic attitude."

'Acute dysphoria (reactive)' ist ähnlich wie bei Kielholz (1971) definiert:

"... a sudden dysphoric reaction of frustration in a normal personality clearly precipitated by a severe disappointment or stress usually self-limiting, and considered on continuum with normal disappointment reactions".

1.2.8 Neuklassifizierung von Roth (1978)

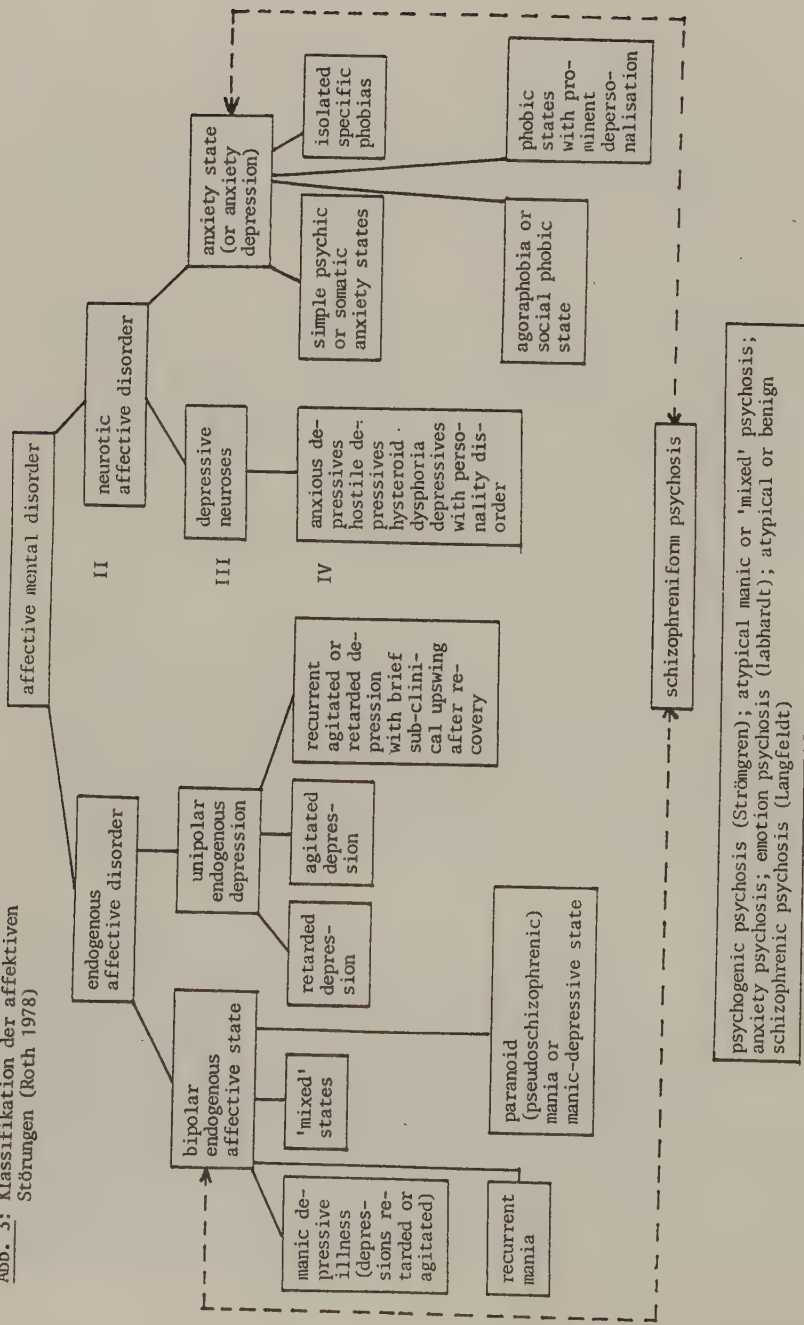
Das Klassifikationsschema von Roth (1978) stellt einen Versuch dar, die verschiedenen Ansätze zu integrieren, d.h. es beruht auf den Ergebnissen der oben referierten Studien und nur zu einem geringen Teil auf klinischer Beobachtung (siehe nächste Seite).

Roth versteht das Schema als logischen Entscheidungsbaum, der schließlich zu einer Diagnose führt. In der ersten Ebene impliziert der Begriff 'affective mental disorder', daß es sich um eine 'primary' nicht 'secondary affective disorder' handelt, d.h. die Erkrankung unterscheidet sich qualitativ von einer normalen affektiven Reaktion, sie dauert mindestens einen Monat, und der Patient hat nicht vorher schon eine nicht-affektive Erkrankung entwickelt.

Die nächste Ebene (II) beinhaltet die Entscheidung 'endogenous' oder 'neurotic'. Diese Trennung beruht auf den Ergebnissen der Newcastle-Gruppe. Endogene Erkrankungen sind schwer, lang anhaltend, nicht aus den Lebensumständen verständlich und entwickeln einen relativ autonomen Verlauf. Bei den neurotischen Erkrankungen besteht ein verständlicher Zusammenhang zwischen dem depressiven Zustand und der prämorbidem Persönlichkeit bzw. ihren 'wunden Punkten' (Roth 1977a).

Auf der dritten Ebene werden diese beiden Gruppen weiter unterteilt. Wie Angst und Perris (1968) beschränkt Roth die Differenzierung 'unipolar'-'bipolar' auf die endogene Gruppe. Nach Perris (1966) werden drei depressive Phasen mit vollständiger Remission für die Diagnose 'unipolare Depression' gefordert. Die neurotisch bedingten affektiven Störungen auf der anderen Seite des Entscheidungsbaums werden aufgeteilt in 'depressive Neurosen' und 'Angstzustände'. Daß beide Zustände miteinander verwandt sind, berechtigt dazu, die Angstzustände gemeinsam mit den Depres-

Abb. 3: Klassifikation der affektiven Störungen (Roth 1978)



sionen aufzuführen; andererseits sind sie doch deutlich voneinander trennbar (Gurney et al. 1972, Roth 1977b).

Auf der vierten Ebene finden nochmals viele Verzweigungen statt. Die bipolaren Depressionen werden zunächst unterteilt in 1. 'manisch-depressive Erkrankungen mit Agitiertheit oder Hemmung', 2. 'periodische Manien', 3. 'Mischformen', 4. 'Manien oder manisch-depressive Zustände mit paranoiden (pseudoschizophrenen) Symptomen'. Die unipolaren Depressionen werden nach klinischer Beobachtung in 1. 'agitierte Depressionen', 2. 'gehemmte Depressionen' und 3. 'periodische Depressionen - agitiert oder gehemmt - mit hypomanischen Nachschwankungen' unterteilt. Alternativ erwägt Roth Winokurs Aufteilung in 'pure depressive disease' und 'depression spectrum disease', fordert aber zunächst weitere Bestätigungen dieses Konzeptes. Die depressiven Neurosen wiederum unterteilt Roth weiter nach den Ergebnissen von Paykel (1971) und Kiloh et al. (1972) in 1. 'ängstlich Depressive', 2. 'feindselige Depressive', 3. 'hysterisch-dysphorische Depressive' und 4. 'Depressive mit Persönlichkeitsstörungen'. Im Bereich der Angstzustände werden isolierte und komplexere phobische Zustände von einfachen Angstzuständen abgetrennt.

Die gestrichelte Verbindung zu den schizophrenieformen Störungen ist mehr provisorisch. Sie soll auf die Verwandtschaft dieser Gruppe mit den affektiven Erkrankungen hinweisen; diese ist am engsten zu den bipolaren Depressionen auf der einen und den Angstzuständen auf der anderen Seite.

Roths Schema faßt die wichtigsten Ergebnisse zusammen. Widersprüchlich erscheint allerdings die Beschränkung auf 'primary affective disorders' in Zusammenhang mit der Diagnose 'neurotic affective disorder'. Damit werden Angstneurosen und neurotische Depressionen, die in der Vorschichte bereits neurotische Störungen aufweisen, von

vorneherein ausgeschlossen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen dagegen werden in die Diagnostik mit einbezogen.

1.3 Dimensionale Klassifikation

Der Konflikt zwischen Separatisten und Unitariern mit Lewis (1934) und Mapother (1926) als Vertreter des unitaristischen Standpunktes ist heute eine Auseinandersetzung zwischen kategorialer und dimensionaler Klassifizierung. Es sind vor allem Kendell (1968) und Eysenck (1970), die den dimensional Standpunkt vertreten.

1.3.1 Kendells "psychotic-neurotic-contiunuum"

Kendells Kontinuum ist die Antwort auf die 'endogen'- 'neurotisch'-Kategorisierung der Newcastle-Gruppe. Zwei Versuche (Kendell 1968, Kendell, Gourlay 1970), deren Ergebnisse zu replizieren, scheiterten.

Das Patientenkollektiv bestand jeweils aus stationären Patienten, 1080 Patienten von Kendell (1968), 178 Patienten von Kendell und Gourlay (1970), die nach der ICD-7 (Kendell 1968) bzw. nach der ICD-8 (Kendell, Gourlay 1970) als psychotisch oder neurotisch depressiv diagnostiziert wurden. 1968 erfolgte die Datengewinnung im freien Interview, 1970 dagegen über ein strukturiertes Interview mit dem PSE (Present State Examination). Kendell selbst sieht in der fraglichen Reliabilität der Daten einen möglichen Grund für das Scheitern des ersten Versuchs, womit das Scheitern des zweiten Versuchs allerdings nicht erklärt werden kann (Kendell 1976). 1968 wurde versucht, mittels Diskriminanzanalyse sowie über einen bipolaren Faktor aus Hauptkomponentenanalyse bzw. Kriterienanalyse nach Eysenck

eine bimodale Verteilung der Scores zu erzielen. 1970 wandten Kendell und Gourlay die Diskriminanzanalyse an. In allen Fällen war die Verteilung unimodal.

Auf der anderen Seite ergaben aber auch Kendells Studien, daß endogene bzw. psychotische Depressionen und neurotische sich nicht nur in Schweregrad und Chronizität unterscheiden. Ein weiteres Ergebnis war der Nachweis einer linearen Beziehung zwischen Diagnostikindex auf der einen Seite und Ausgang der Depression und therapeutische Ansprechbarkeit auf ECT auf der anderen.

Kendell folgert daraus, daß psychotische und neurotische Depressionen auf einem Kontinuum anzuordnen seien, wobei die beiden Stereotypen 'psychotisch' und 'neurotisch' die entgegengesetzten Pole darstellen. Entsprechend der linearen Beziehung gewährleistet ein Platz auf diesem Kontinuum zuverlässigere Aussagen über Therapie und Prognose als eine diagnostische Kategorisierung. Auch Carney et al. (1965) hatten therapeutische Prognosen besser direkt vom Diagnostikindex ableiten können.

Nachteilig wirkt sich dagegen aus, daß Kendells Kontinuum nichts über den Schweregrad aussagt oder andere qualitative Aspekte wie z.B. familiäre Belastung mit Manie nicht berücksichtigt. Zudem zieht es inkonsequent eine scharfe Grenze zu anderen psychiatrischen Störungen (Kendell 1976). Schließlich ist es Kendell selber (Kendell 1975), der in der klinischen Anwendbarkeit für eine kategoriale Einteilung argumentiert.

1.3.2 Eysencks zweidimensionales Modell

Eysenck (1970) beleuchtet den Konflikt von zwei verschiedenen Standpunkten aus, dem unitären versus binären und dem kategorialen versus dimensional.

Faktorenanalysen verschiedener Autoren belegen die binäre Natur der Depressionen, Verteilung von Diagnostik-Scores weist nach seiner Auffassung auf eine dimensionale Anordnung hin.

Seine Schlußfolgerung ist allerdings - und da setzt seine Kritik an Kendell an - endogene und reaktive Depression nicht auf einem Kontinuum, sondern entsprechend ihrem binären Charakter in einem zweidimensionalen Raum anzuordnen. Seine zwei orthogonalen Dimensionen sind 'psychoticism' und 'neuroticism'. Diese Verteilung ermöglicht es, auch Patienten mit unterschiedlichem Schweregrad zu differenzieren.

Kendell (1976) bezeichnet diese Beschränkung auf zwei Dimensionen allerdings schon wieder als willkürlich und hält eine Erweiterung auf mehr Dimensionen nicht für ausgeschlossen.

Auch Andreasen (1982) weist darauf hin, daß gerade diese Komplexizität das größte Problem der dimensional Kategorisierung ist.

"Because many dimensions are usually involved, this approach is difficult to apply clinically or to use in research. While it is powerful in defining a given individual or exploring the relationship between groups of symptoms, it is not powerful in defining groups of patients or in exploring the relationship between illnesses."

1.4 Diagnostik-Systeme

1.4.1 Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research (Feighner et al. 1972)

Die St. Louis-Gruppe (Feighner et al.) stellte 1972 zum ersten Mal operationalisierte Kriterien für eine Reihe psychiatrischer Störungen auf, wie sie 1961 erstmals von Hempel gefordert worden waren. Um möglichst homogene und voneinander getrennte Gruppen zu erhalten, beschränkt sich das System nicht auf eine Beschreibung des Zustandsbildes, sondern nennt Einschlusskriterien - je nach Anzahl ist die Diagnose als wahrscheinlich oder sicher zu werten - und Ausschlusskriterien. Eine erste Gruppe umfaßt Kriterien, wann eine Person überhaupt als Patient gilt bzw. wann ihre Symptome positiv zu werten sind. Schließlich folgen die einzelnen Diagnostikkriterien.

Feighner et al. (1972) beschränken sich auf die chronologische Unterscheidung in 'primary' und 'secondary affective disorder' und verzichten vorläufig auf eine weitere Subklassifikation der Depressionen. 'Primary' und 'secondary' sind wie oben angeführt definiert. Ein Patient mit 'primary affective disorder' hat noch keine nicht-affektive Krankheit durchgemacht. Symptomatologisch dagegen sind beide Gruppen durch die gleichen Kriterien definiert.

"A. Dysphoric mood characterized by symptoms such as the following: depressed, sad, blue, despondent, hopeless, 'down in the dumps', irritable, fearful, worried, or discouraged.

B. At least five of the following criteria are required for 'definite' depression; four are required for 'probable' depression. (1) Poor appetite or weight loss (positive if 2 lb a week or 10 lb or more a year

when not dieting). (2) Sleep difficulty (include insomnia or hypersomnia). (3) Loss of energy, eg. fatigability, tiredness. (4) Agitation or retardation. (5) Loss of interest in usual activities, or decrease in sexual drive. (6) Feelings of self-reproach or guilt (either may be delusional). (7) Complaints of or acutally diminished ability to think or concentrate, such as slow thinking or mixed-up thoughts. (8) Recurrent thoughts of death or suicide, including thoughts of wishing to be dead."

Es sei hier noch einmal auf Nelsons Studie (1980) verwiesen, nach der sich die Kriterien für 'primary affective disorder' als relativ unspezifisch herausgestellt hatten. Auch Feighner et al. (1972) plädieren selbst für weitere Subklassifikationen. In der RDC (1978) und der DSM-III (1980) ist deshalb die entsprechende Kategorie 'major affective disorder' weiter unterteilt worden.

1.4.2 Research Diagnostic Criteria (RDC, 3. Aufl. 1978)

Die RDC ist die Erweiterung der Feighner-Kriterien. In ihrer dritten Auflage von 1978 umfaßt sie schließlich 23 psychiatrische Erkrankungen, damit auch den gesamten Bereich der affektiven Störungen einschließlich der Subklassifikation der Depressionen (siehe Tab. 6).

Eine neue Dichotomie wird eingeführt: 'major' und 'minor depressive disorder'. Eine 'major depression' bietet das Vollbild einer Depression, während eine 'minor depression' nicht alle Symptome enthält. Das gesamte Spektrum der Depressionen teilt sich in diese 'major depression' und eine Gruppe von mildereren, eher chronisch verlaufenden Zuständen. Die mildereren depressiven Zustände werden nach folgender hierarchischer Gewichtung diagnostiziert: 'Briquet's

Tab. 6: Einteilung der affektiven Störungen (RDC 1978)

5. Manic Disorder
6. Hypomanic disorder
7. Bipolar with Mania (Bipolar I)
8. Bipolar with Hypomania (Bipolar II)
9. Major Depressive Disorder:
 - a. primary
 - b. secondary
 - c. recurrent unipolar
 - d. psychotic
 - e. incapacitating
 - f. endogenous
 - g. agitated
 - h. retarded
 - i. situational
 - j. simple
 - k. predominant mood of current episode of major depressive disorder
10. Minor Depressive Disorder:
 - a. with significant anxiety
11. Intermittent Depressive Disorder
14. Cyclothymic Personality
15. Labile personality
16. Briquet's Disorder (Somatization Disorder)

disorder', 'cyclothymic personality', 'intermittent depressive disorder', 'labile personality', 'minor depressive disorder'.

'Major depressive disorder' ist durch die Kriterien von Feighner definiert. Sie ist zusätzlich abgegrenzt gegenüber der normalen Trauer und enthält eine Liste von Ausschlusskriterien gegenüber der Schizophrenie. Zahlreiche Subkategorien sind aufgeführt, die sich nicht gegenseitig ausschließen. Vielmehr hat man die mehrfachen Bedeu-

tungen von 'endogen', 'reaktiv', 'psychotisch' und 'neurotisch' aufgesplittert in einzelne Begriffe; diese sind beliebig und mehrfach zu kombinieren.

'Primary' und 'secondary' sind analog zu Feighner et al. (1972) definiert. Allerdings ist die Liste der Vorerkrankungen bei 'secondary depression' um 'panic disorder', 'schizoaffective disorder' und 'anorexia' erweitert. Patienten mit schweren physischen Erkrankungen werden nicht als 'secondary' klassifiziert.

'Recurrent unipolar' meint periodische Depressionen mit mindestens zwei Monaten vollständiger Remission zwischen den Episoden.

Die Bezeichnung 'psychotisch' wurde in zwei Begriffe aufgesplittert: 'psychotic' und 'incapacitating'. 'Psychotic' bezeichnet die beeinträchtigte Realitätswahrnehmung in Form von Wahnideen und Halluzinationen. Fälle, die nicht als 'psychotic' diagnostiziert werden, sind nicht automatisch neurotisch. 'Incapacitating' bezieht sich auf die funktionelle Beeinträchtigung.

'Endogenous' ist phänomenologisch im Sinne von 'endogenomorph' zu verstehen. Das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von auslösenden Ereignissen ist zu vernachlässigen. 'Agitated' und 'retarded' sind im üblichen Sinn als besondere Qualitäten der psychomotorischen Aktivität definiert.

'Situational' ersetzt den Begriff 'reactive', da dieser die Abwesenheit endogener Symptome impliziert. 'Situational' meint ein Ereignis oder eine Situation, ohne die die Depression sicher oder wahrscheinlich nicht aufgetreten wäre.

'Simple' ist eine Depression, wenn sich vor Ausbruch nicht schon Zeichen einer psychiatrischen Störung bemerkbar gemacht haben. 'Simple' beschränkt sich nur auf das vorangegangene letzte Jahr, ist also nicht synonym zu 'primary'. Eine Depression kann sowohl 'secondary' als auch 'simple' sein.

In der letzten Kategorie kann man eine neben der Depression vorherrschende Stimmung angeben, z.B. Angst oder Feindseligkeit.

'Minor depressive disorder' nimmt alle Fälle auf, die nicht genügend Symptome für eine 'major depressive disorder' zeigen. Sie unterscheidet sich qualitativ insofern, als keine psychotischen Depressionen darunter fallen, quantitativ insofern, als sie durch die gleichen Kriterien definiert ist, aber weniger gefordert werden. Sie kann sich wiederum qualitativ unterscheiden insofern, als der Katalog der Symptome um solche erweitert ist, die andere Autoren als neurotisch bezeichnen würden: Pessimistische Einstellung - Grübeln, Insuffizienzgefühle - übelnehmend, reizbar, ärgerlich - fordernd oder anklammernd - Selbstmitleid - ausgeprägtes Besorgtsein um die körperliche Befindlichkeit. Eine 'minor depressive disorder' verläuft episodisch, kann aber chronisch sein insofern, als die Episode von sehr langer Dauer ist. Die einzige Untergruppe ist: 'with significant anxiety'.

'Intermittent depressive disorder' ist durch die gleichen Symptome definiert, unterscheidet sich aber in Chronizität und Art des Verlaufs. Über mindestens zwei Jahre besteht ein depressiver Zustand, der über Tage bis einige Wochen von normaler Stimmung unterbrochen wird. Der Verlauf ist nicht durch klar abtrennbare Episoden gekennzeichnet wie bei der 'minor depressive disorder', der Beginn kann nicht genau festgelegt werden.

'Labile personality' ist eine Persönlichkeit, die während des ganzen Erwachsenenalters immer wieder für einige Tage in dysphorische Stimmung gerät.

Ein Äquivalent zu der 'labile personality' ist die 'cyclothymic personality' mit alternierenden Schwankungen zwischen depressiver und gehobener Stimmung.

Bei der 'Briquet's disorder' stehen somatische Beschwer-

den im Vordergrund mit chronischem, polysymptomatischem Verlauf, ansonsten gleicht das Bild den Angstzuständen der 'minor' oder 'intermittent depressive disorder' oder der 'labile personality'. 'Briquet's disorder' hat Vorrang in der Diagnostik vor letztgenannten.

Die RDC bietet die Möglichkeit, eine 'major depressive disorder' sehr präzise zu umschreiben. Speziell zur Unterscheidung von 'labile personality' und 'intermittent depressive disorder' fordert Spitzer (1978) weitere Untersuchungen zur validen Abgrenzung.

1.4.3 Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (DSM-III, 3. Aufl. 1980)

Die DSM-III ist ein umfangreiches System, sowohl zu klinischen wie auch zu Forschungszwecken geeignet. Sie baut in ihrer dritten Auflage von 1980 auf der RDC (1978) und der DSM-II (1968) auf. Sie bietet zum ersten Mal die Möglichkeit, psychiatrische Erkrankungen multiaxial zu codieren (siehe Tab. 7). Wie die RDC versieht sie die einzelnen Kategorien mit Diagnostikkriterien, beschreibt aber zusätzlich Verlauf, prädisponierende Faktoren, assoziierte Symptome usw. und gibt Hinweise zur Differentialdiagnose. Die Einteilung ist wie in der RDC vorwiegend deskriptiv; die einzelnen Syndrome sind im Gegensatz zur DSM-II und zur ICD-9 nach Zustandsbildern gruppiert.

In Tabelle 7 sind die verschiedenen Diagnostikachsen der DSM-III aufgeführt. Die Achsen I und II umfassen sämtliche psychiatrischen Erkrankungen sowie Zustände, die im Mittelpunkt einer Behandlung stehen, ohne daß ihnen eine psychiatrische Störung zugrunde läge, wie z.B. Partnerschaftskonflikte, Probleme im Berufsleben usw. Persönlichkeitsstörungen und Entwicklungsstörungen werden auf

Achse II festgehalten, alle anderen Störungen der Achse I zugeordnet. Die entsprechenden Code sind einer fünfstelligen Klassifikation zu entnehmen, in der alle Störungen der Achsen I und II zusammengefaßt sind. Auf Achse III kann man physische Erkrankungen nach der ICD-9 festhalten.

Tab. 7: Diagnostikachsen in der DSM-III (1980)

- I Clinical syndroms, conditions, conditions not attributable to a mental disorder that are focus of attention or treatment and additional codes
- II personality disorders and specific developmental disorders
- III physical disorders or conditions
- IV severity of psychosocial stressor
- V highest level of adaptive functioning past year

Die Bewertung des Schweregrads eines psychosozialen Stressors - Achse IV - erfolgt nach einer 7-Punkte-Skala: None-Minimal-Mild-Moderate-Severe-Extreme-Catastrophic-Unspecified. Im Glossar sind entsprechende Beispiele aufgeführt. Die Beurteilung geht davon aus, wie eine Durchschnittsperson unter entsprechenden Bedingungen und mit entsprechenden soziokulturellen Werten den Streß empfinden würde.

Achse V schließlich bezieht sich auf das Niveau der Anpassungsfähigkeit des Patienten in bezug auf seine sozialen Beziehungen, im Berufsleben und im Gebrauch seiner Freizeit. Die Bewertung erfolgt ebenfalls nach einer 7-Punkte-Skala: Superior-Very good-Good-Fair-Poor-Very poor-Grossly impaired-Unspezifiziert. Auch hier nennt das Glossar Beispiele.

Eine weitere Achse zur Ätiologie oder bezüglich vorherrschender Abwehr- und Verarbeitungsmechanismen ("prominent defense mechanisms and coping styles") wurde diskutiert, aber wegen Uneinigkeit verworfen (Spitzer, Williams 1980). Karasu und Skodol (1980) kritisieren das Fehlen einer behandlungsorientierten Achse. In der vorliegenden Form bietet die DSM-III nicht genügend diagnostische Hinweise, um eine bestimmte Therapie festzulegen und deren Prognose zu bestimmen.

In Tabelle 8 sind die Kategorien der fünfstelligen Klassifikation zusammengestellt, die sich auf die affektiven Störungen beziehen.

Tab. 8: Einteilung der affektiven Störungen, DSM-III (1980)

AFFECTIVE DISORDERS

I Major affective disorders

Bipolar disorder

296.2x mixed

296.4x manic

296.5x depressed

Major depression

296.2x single episode or 296.3x recurrent

x=6 = in remission

4 = with psychotic features

3 = with melancholia

2 = without melancholia.

0 = unspecified

II Other specific disorders

301.13 Cyclothymic disorder

300.40 Dysthymic disorder (or depressive
neurosis)

III Atypical affective disorders

296.70 Atypical bipolar disorder

296.82 Atypical depression

ADJUSTMENT DISORDER

309.00 with depressed mood

Die depressiven Erkrankungen lassen sich ähnlich wie in der RDC (1978) unter 'major affective disorder' als 'major depression' bzw. - im Rahmen einer bipolaren affektiven Erkrankung - als 'bipolar disorder, depressed' klassifizieren. Fälle mit unvollständigem Zustandsbild werden unter 'other specific disorder' als 'dysthymic disorder' bzw. 'cyclothymic disorder' diagnostiziert. Depressive Erkrankungen, bei denen eine Anpassungsstörung im Vordergrund steht, werden als 'adjustment disorder with depressive mood' beschrieben.

'Atypical depression' ist für Fälle vorgesehen, die nicht die Kriterien für eine der genannten Kategorien erfüllen.

Im Gegensatz dazu existiert ein anderes diagnostisches Konzept von 'atypical depression', das Zustände mit besonders schwerer Angstsymptomatik - Typ A - oder atypischer vegetativer Symptomatik wie Gewichtszunahme, erhöhtem Schlafbedürfnis, gesteigertem Appetit, vermehrter Libido - Typ V - beschreibt (Davidson et al. 1982).

'Major depression' bzw. 'bipolar disorder, depressed' ist analog der RDC (1978) definiert, enthält aber nicht so viele Subklassifikationen. 'Psychotic features' sind wie in der RDC (1978) Wahnideen, Halluzinationen und Stupor. 'With melancholia' ersetzt den Begriff 'endogen'. Eine Unterteilung 'primary' und 'secondary' oder 'situational' wird nicht gemacht. Allerdings kann man eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung auf Achse II, einen psychosozialen Stressor auf Achse IV kodieren.

Mildere Verläufe affektiver Erkrankungen sind in den Kategorien 'dysthymic disorder (or depressive neurosis)' und 'cyclothymic disorder' zusammengefaßt. Im Gegensatz zur RDC (1978) wird hier auf eine weitere Aufsplitterung der milden depressiven Verstimmungen verzichtet.

'Cyclothymic disorder' beschreibt eine chronische Verlaufsform über mindestens zwei Jahre mit depressiven und

hypomanischen Episoden, während derer nie die Kriterien für depressive bzw. manische Phasen einer 'major affective disorder' erfüllt werden. Die Kriterien für depressive Episoden dieser 'cyclothymic disorder' entsprechen denen für 'dysthymic disorder' und sind wiederum denen aus der RDC (1978) für mildere depressive Zustände vergleichbar.

'Dysthymic disorder' bietet dementsprechend nicht das Vollbild einer 'major depression' und hat einen chronischen Verlauf über mindestens zwei Jahre. Dabei kann die depressive Stimmung persistieren oder von Zeiträumen normaler Stimmung - allerdings nicht länger als einige Monate - unterbrochen werden. Qualitativ unterscheidet sie sich von einer 'major depression' durch neurotische Symptome wie Insuffizienzgefühle, Irritabilität oder exzessiven Ärger, Verlust der Selbstachtung, Pessimismus, Grübeln und Selbstmitleid. Psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen sind nie vorhanden. Patienten mit 'dysthymic disorder' weisen häufig zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung auf. Diese sollte dann auf Achse II kodiert werden.

Der synonyme Gebrauch von 'dysthymic disorder' und 'depressive neurosis' ist etwas irreführend. 'Dysthymic disorder' ist nicht identisch mit der Kategorie 'depressive neurosis' der DSM-II (1968), wenn auch die meisten Fälle von 'depressive neurosis' (DSM-II 1968) unter die Kategorie 'dysthymic disorder' fallen mögen. Laut Task Force teilt sich die 'depressive neurosis' aus der DSM-II (1968) folgendermaßen auf.

Tab. 9: Gegenüberstellung von DSM-II (1968) und DSM-III (1980)

DSM-II	DSM-III
Depressive neurosis	296.22 Major depression, single episode, without melan- cholia
	296.32 Major depression, recur- rent, without melancholia
	300.40 Dysthymic disorder
	309.00 Adjustment disorder, with depressed mood

Obwohl 'dysthymic disorder' präziser definiert ist als 'depressive neurosis', umfaßt sie nach Klerman (1980) und Akiskal (1983) Depressionen mit unterschiedlichen Ursachen. Nach Klerman (1980) sind diese chronischen 'dysthymic disorders' häufig Residualzustände akuter Depressionen. Prädestiniert zu einem chronischen Verlauf sind Fälle mit vorherrschenden hypochondrischen und somatischen Beschwerden, exzessivem Pessimismus und Hilflosigkeit sowie 'secondary depressions' nach Alkoholismus, Drogenmißbrauch und in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen.

Akiskal (1983) schlägt eine weitere Subklassifikation der 'dysthymic disorders' vor in: 'primary depression with residual chronicity', 'chronic secondary dysphorias' und 'characterological depressions'. Letztere Gruppe teilt sich weiter in 'character-spectrum disorders', die nicht auf Thymoleptika ansprechen und der 'intermittent depressive disorder' und 'labile personality' der RDC (1978) nahestehen, und in 'subaffective dysthymic disorders', die auf Thymoleptika reagieren und der 'minor depressive

disorder' (RDC 1978) vergleichbar sind. Validierung erfolgt aufgrund unterschiedlicher familiärer Belastung, REM-Latenz und pharmakologischer Ansprechbarkeit. Bezüglich der entsprechenden Untersuchungen sei auf die Zusammenfassung von Akiskal (1983) verwiesen.

'Adjustment disorder with depressed mood' weicht in der Einteilung vom rein Deskriptiven ab. Sie ist als Reaktion auf einen identifizierbaren Stressor definiert und insofern der reaktiven Depression vergleichbar.

"The essential feature is a maladaptive reaction to an identifiable psychosocial stressor, that occurs within three months after the onset of the stressor. The maladaptive nature of the reaction is indicated by either impairment in social or occupational functioning or symptoms that are in excess of a normal and expected reaction to the stressor. ... It is assumed that the disturbance will eventually remit after the stressor ceases or, if the stressor persists, when a new level of adaptation is achieved."

'Adjustment disorder' wird abgegrenzt gegenüber normaler Trauer insofern, als sie sozial oder beruflich beeinträchtigend ist und über eine normale Reaktion hinausgeht, aber auch gegenüber Persönlichkeitsstörungen insofern, als der Zustand nicht eine bloße Verschlechterung dieser eventuellen Persönlichkeitsstörung darstellen darf.

'Adjustment disorder' ist aus der Kategorie 'transient situational disturbance' der DSM-II hervorgegangen. Die Diagnose 'transient situational disturbance' wurde nach Kritik von Wynne (1975) und Looney und Gunderson (1978) für die DSM-III folgendermaßen revidiert.

Im Gegensatz zu 'transient situational disturbance' ist 'adjustment disorder' nicht mehr nach Lebensalter, sondern nach vorherrschender Symptomatik unterteilt. Depressionen von psychotischem Ausmaß sind ausgeschlossen. Auf

der anderen Seite ist die Kategorie nicht mehr auf Personen ohne eine andere zugrundeliegende Störung beschränkt. Vielmehr kann man eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung auf Achse II festhalten. Der Stressor muß nicht mehr akut und überwältigend, sondern kann chronisch sein.

Von Andreasen und Wasek (1980) und Andreasen und Hoenk (1982) liegen Studien zur 'adjustment disorder' bei Jugendlichen und Erwachsenen vor. Depressive Symptomatik trat am häufigsten bei Erwachsenen auf; bei den Jugendlichen waren es bevorzugt Verhaltensstörungen. Häufig waren mehrere Stressoren am Zustandekommen beteiligt; die wenigsten davon waren überwältigender Natur. Bei 59 % der Jugendlichen und 36 % der Erwachsenen bestand die Belastung ein Jahr oder länger. Insofern wird die Kritik von Wynne (1975) und Looney und Gunderson (1978) bestätigt. In der depressiven Symptomatik ergaben sich allerdings Überlappungen mit der 'major depression'. Von 402 Patienten erfüllten 164 vier bzw. fünf Kriterien der 'major depression' (Andreasen, Wasek 1980). Nach der DSM-III hat letztere Diagnose Vorrang.

In der Verlaufsuntersuchung (Andreasen, Hoenk 1982) hatten die Erwachsenen eine gute Prognose. 79 % der Patienten zeigten vollständige Remission mit guter psychosozialer Anpassung, gemessen mit der 'Global Assessment Scale' (Endicott et al. 1976), während die Hälfte der Jugendlichen weitere psychiatrische Störungen entwickelten. Für die Jugendlichen ist die Diagnose 'adjustment disorder' also nur von beschränkter Validität.

1.4.4 International Classification of Diseases (ICD-9 1979)

Die WHO gibt ca. alle zehn Jahre eine Revision ihrer 'Internationalen Klassifikation der Krankheiten' (International Classification of Diseases - ICD) heraus, um sie an den

neuesten Stand der Entwicklung in der Medizin anzupassen. Das Kapitel V der jetzt gültigen ICD-9 von 1979 unterscheidet sich allerdings nicht wesentlich von der früheren ICD-8 (1965). Es bietet zum ersten Mal die Möglichkeit, organische Störungen symptomatologisch und ätiologisch getrennt zu codieren, zeichnet sich aber ansonsten nur durch größere Differenzierungen bei einzelnen Krankheitsbildern aus. Eine ausführliche Beschreibung der Unterschiede findet man in dem Artikel von Mombour (1980). Allein die Kategorie der depressiven Zustände wurde in der vierstelligen Klassifikation von 10 auf 19 Subkategorien ausgedehnt. Angesichts dieser Vielzahl überlappen sich die Subkategorien, anstatt sich gegenseitig auszuschließen.

Die Einteilung ist vorwiegend deskriptiv, aber nicht durchgehend, sondern enthält manchmal auch ätiologische und prognostische Elemente. Die Kategorien sind weder mit Diagnostikkriterien - im Sinne von Ein- und Ausschlusskriterien - noch mit der ausführlichen klinischen Beschreibung der DSM-III (1980) versehen. Kritiker werfen der ICD-9 (1979) vor, von sämtlichen Neuerungen unberührt geblieben zu sein (Andreasen 1982). Sie hält z.B. an der klassischen Teilung 'Psychose' - 'Neurose' - 'psychogene Reaktion' fest.

Die Tabellen 10 und 11 zeigen die Einteilung der affektiven Störungen: Tabelle 10 die der englischen Originalausgabe (WHO 1979), Tabelle 11 die des deutschen Glossars (Degkwitz et al. 1980).

Tab. 10: Einteilung der affektiven Störungen
ICD-9 (WHO 1979)

- 295 Schizophrenic psychoses
 - .7 Schizoaffective type
- 296 Affective psychoses
 - .1 Manic-depressive psychosis, depressed type
 - .3 Manic-depressive psychosis, circular type but currently depressed
 - .4 Manic-depressive psychosis, circular type, mixed
 - .5 Manic-depressive psychosis, circular type, current condition not specified
 - .6 Manic-depressive psychosis, other and unspecified
 - .8 Other
 - .9 Unspecified
- 298 Other nonorganic psychoses
 - .0 Reactive depressive psychosis
- 300 Neurotic disorder
 - .4 Neurotic depression
- 301 Personality disorders
 - .1 Affective personality disorder
- 308 Acute reaction to stress
 - .0 Predominant disturbance of emotions
 - .4 Mixed
- 309 Adjustment reaction
 - .0 Brief depressive reaction
 - .1 Prolonged depressive reaction
 - .4 With mixed disturbance of emotions and contact
- 311 Depressive disorder, not elsewhere classified

Tab. 11: Einteilung der affektiven Störungen, ICD-9, deutsche Übersetzung (Degkwitz et al. 1980)

- 295 Schizophrene Psychosen
 - .7 Schizoaffective Psychose
- 296 Affektive Psychosen
 - .1 Endogene Depression, bisher nur monopolar
 - .3 Depression im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose
 - .4 Mischzustand im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose
 - .5 Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose ohne Angaben über das vorliegende Zustandsbild
 - .6 Andere und nicht näher bezeichnete manisch-depressive Psychosen
 - .8 Andere affektive Psychosen
 - .9 Nicht näher bezeichnete affektive Psychosen
- 298 Andere nichtorganische Psychosen
 - .0 Reaktive depressive Psychose
- 300 Neurosen
 - .4 Neurotische Depression
- 301 Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)
 - .1 Zykllothyme (thymopathische) Persönlichkeit (falls depressives Zustandsbild)
- 308 Psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)
 - .0 Akute Belastungsreaktion mit vorherrschender emotionaler Störung
 - .4 Mischformen
- 309 Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)
 - .0 Kurzdauernde depressive Reaktion
 - .1 Länger dauernde depressive Reaktion
 - .4 Anpassungsstörung im Sozialverhalten mit emotionaler Symptomatik
- 311 Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder

Die folgende Beschreibung einzelner Kategorien bezieht sich auf die deutsche Ausgabe von Degkwitz et al. (1980). An einigen Stellen, wo sich aus der deutschen Tradition heraus Probleme bei der Verwendung einzelner Begriffe ergeben, sind Zusätze eingefügt, die mit einem Z gekennzeichnet sind (Degkwitz et al. 1980). Darauf wird auch im folgenden Text hingewiesen. Die Beschreibung der Krankheitsbilder ist aber mit der der Originalausgabe identisch. Im wesentlichen lassen sich die depressiven Zustände als Psychosen, Neurosen oder psychogene Reaktionen einordnen.

Eine 'Psychose' ist generell dadurch charakterisiert, daß "... Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug gestört ist".

Bei den affektiven Psychosen drückt sich dies in Form von Wahnideen, Ratlosigkeit, gestörter Selbsteinschätzung, Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen aus.

Als 'endogene Depression' wird eine affektive Psychose bezeichnet, die bisher - im Gegensatz zur zirkulären Verlaufsform - monopolar verlaufen ist: 'endogene Depression, bisher nur monopolar'. In der Originalausgabe wird der Begriff 'endogen' vermieden: 'manic-depressive psychosis, depressed type', 'endogenous depression' im Glossar aber als Synonym aufgeführt. Das Krankheitsbild zeichnet sich durch depressive Verstimmung mit Angst, herabgesetzter Aktivität oder Agitiertheit und hohe, eventuell regelmäßige Rückfalltendenz aus.

Eine weitere Form der depressiven Psychose findet sich unter der Rubrik 'andere nicht-organische Psychosen' ('other nonorganic psychoses'). Diese 'reaktive depressive Psychose' ('reactive depressive psychosis') bietet weitgehendst das Bild einer endogenen Depression, ist aber durch ein äußeres Ereignis hervorgerufen worden. Die Kategorie überlappt sich mit den psychogenen Reaktionen wie auch mit der

endogenen Depression, bzw. sie impliziert, daß letztere, entsprechend der ursprünglich ätiologischen Bedeutung von 'endogen', ohne auslösendes Ereignis entstanden ist.

Die Definition für 'Neurose' wurde unverändert aus der ICD-8 übernommen und bleibt trotz Kritik weitgefaßt. Neurose ist wie folgt definiert:

"Neurosen sind psychische Störungen ohne jede nachweisbare organische Grundlage, in denen der Patient beträchtliche Einsicht und ungestörte Realitätswahrnehmung haben kann und im allgemeinen seine krankhaften subjektiven Erfahrungen und Phantasien nicht mit der äußeren Realität verwechselt. Das Verhalten kann stark beeinträchtigt sein, obwohl es im allgemeinen innerhalb sozial akzeptierter Grenzen bleibt, aber die Persönlichkeit bleibt erhalten."

Für die 'neurotische Depression' ('neurotic depression') gilt:

"Eine Neurose mit verhältnismäßig starker Depression, die gewöhnlich einer erkennbaren traumatisierenden Erfahrung folgt; Wahnideen oder Halluzinationen gehören nicht dazu. Der Patient beschäftigt sich meist ausschließlich mit dem vorangegangenen psychischen Trauma, z.B. Verlust einer geliebten Person oder eines Besitzes. Häufig ist auch Angst vorhanden; Mischzustände aus Angst und Depression sollten hier eingeordnet werden. Die Unterscheidung zwischen depressiver Neurose und Psychose sollte sich nicht nur auf den Grad der Depression stützen, sondern auch auf das Vorhandensein oder Fehlen anderer neurotischer und psychotischer Züge und auf den Grad der Störung im Verhalten des Patienten."

Gegenüber der psychogenen Reaktion ist die neurotische Depression bei ebenfalls auslösendem Ereignis durch das Vor-

handensein neurotischer Symptome und einem vielleicht höheren Schweregrad abgegrenzt. Klar ist nicht, ob sich der Begriff 'neurotische Züge' auf das Querschnittsbild oder die prämorbidie Persönlichkeit bezieht.

Während die ICD-8 für die psychogenen Depressionen neben der neurotischen Depression nur noch die Kategorie 'vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen in Zusammenhang stehen' - ohne weitere Unterteilungen - vorsah, gibt es in der ICD-9 gleich zwei dreistellige Kategorien mit weiteren Differenzierungen.

'Psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)' ('acute reaction to stress') ist wie folgt definiert:

"Rasch vorübergehende Störungen jeder Schwere und Art, die bei Personen ohne auffällige psychische Störung auftreten. Sie sind als Antwort auf außerordentliche körperliche oder psychische Belastungen wie Naturkatastrophen oder Kriegsereignisse aufzufassen und klingen üblicherweise innerhalb von Stunden oder Tagen ab."

'Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)' ('adjustment reaction') ist dagegen wie folgt abgegrenzt:

"Leichte oder vorübergehende Störungen, die länger dauern als akute Belastungsreaktionen und Personen jeden Alters ohne offensichtlich vorbestehende psychische Störung betreffen. Solche Störungen sind oft relativ umschrieben und situationsspezifisch, im allgemeinen rückbildungsfähig und dauern gewöhnlich nur einige Monate an. Sie stehen in der Regel in enger zeitlicher und inhaltlicher Beziehung zu Belastungen wie Trauer, Migration oder Trennungserlebnissen."

Deutsche Synonyme, die in der Originalausgabe nicht enthalten sind (Z, deutscher Zusatz), sind: 'abnorme Erlebnisreak-

tion' und 'einfache Entwicklung'.

Die 'akute Belastungsreaktion' ('acute reaction to stress') ist damit in Abgrenzung zur 'Anpassungsstörung' ('adjustment reaction') im Sinne einer Katastrophenreaktion zu verstehen. Sie kann jeden Schweregrad erreichen, ist aber schnell vorübergehend. Die 'Anpassungsstörung' ('adjustment reaction') als Reaktion auf Belastungen wie Trauer oder Trennung dagegen ist im Verlauf milder, aber länger anhaltend. Die 'Anpassungsstörung' ('adjustment reaction') ist u.a. zusätzlich unterteilt in 'kurzdauernde depressive Reaktion' ('brief depressive reaction') und 'länger-dauernde depressive Reaktion' ('prolonged depressive reaction'). Erstere ist die Reaktion auf ein einzelnes Ereignis. Synonyma sind 'Trauerreaktion' ('grief reaction') und 'depressive Reaktion' (Z, deutscher Zusatz). 'Längerdauernde depressive Reaktion' ('prolonged depressive reaction') ist das Ergebnis einer über längere Zeit einwirkenden Belastung und hält auch länger an. Der Begriff entspricht dem der depressiven Entwicklung (Z, deutscher Zusatz).

Gerade diese vielfachen Differenzierungen der psychogenen Reaktionen scheinen in ihrer Verwendbarkeit fragwürdig. Nicht zu verwechseln ist der Begriff der 'Anpassungsstörung' ('adjustment reaction') mit dem der 'adjustment disorder' aus der DSM-III. 'Adjustment disorder' umfaßt sowohl akute Belastungsreaktionen als auch die Anpassungsstörung, schließt allerdings, wie oben erwähnt, Depressionen von psychotischem Schweregrad aus und beschränkt sich andererseits nicht auf Patienten ohne zugrundeliegende psychische Störung.

2. DEFINITIONEN UND UNTERSCHIEDUNGSKRITERIEN FÜR DIE REAKTIVE UND NEUROTISCHE DEPRESSION

2.1 Überblick über verschiedene Standpunkte zum 'reaktiv'-'neurotisch'-Konzept

Das Konzept der reaktiven/neurotischen Depression wurde unter verschiedenen Gesichtspunkten kritisiert.

In Deutschland ist es vor allem die Schule von Kurt Schneider (Schneider 1973, Weitbrecht 1973, Wieck 1977), die in dem Begriff der neurotischen Depression die psychoanalytische Denkweise kritisiert, aber auch eine differentialdiagnostische Haltung angreift, die "zwar fließende Übergänge von normaler zu abnormer Traurigkeit zugesteht, von der abnormen Erlebnisreaktion (reaktive Depression) jedoch eine neurotische abzutrennen versucht" (Weitbrecht 1973). Entsprechend kennen die genannten Autoren nur die reaktive Depression, die sie als "sinnvoll motivierte Depression auf ein Erlebnis" (Schneider 1962) von den endogenen abgrenzen. Je nach Pathogenese stellen sie sich als 'äußere' oder 'innere Erlebnisreaktion' oder als 'erlebnisreaktive Entwicklung' dar; nach Weitbrecht (1973) sind die meisten reaktiven Depressionen innere Erlebnisreaktionen.

Eine geradezu entgegengesetzte Haltung nehmen Binder (1947, 1962), Langen (1973) und Bräutigam (1965, 1978) ein. Sie kritisieren eine Ausweitung des Neurosebegriffs, besonders durch die Amerikaner, und plädieren für eine diagnostische Engerfassung und Präzisierung von neurotischer und reaktiver Depression auf ätiologischer Basis.

In einer Reihe von amerikanischen Arbeiten wird die Diagnose 'neurotic', 'reactive' oder 'situational depression' ebenfalls scharf angegriffen (Winokur 1964, Akiskal 1978, 1979, Klerman 1979, 1980, Hirschfeld 1981). Winokur bean-

standet 1964 die geringe Reliabilität der Diagnose 'reactive depression'. Von 75 ursprünglich so diagnostizierten Patienten erhielten nur zwölf von einer zweiten Gruppe von Psychiatern die gleiche Diagnose. Akiskal (1978) und Klerman (1979, 1980) weisen nach, daß in der Diagnose 'neurotic depression' verschiedenartigste Störungen zusammengefaßt sind.

Klerman (1979) listet allein sechs verschiedene Bedeutungen von 'neurotic depression' auf:

- (1) Neurotische Depressionen sind sozial gesehen weniger beeinträchtigend. Das Individuum kann seinen täglichen Verrichtungen noch nachgehen. Neurotische Depression bezieht sich in diesem Sinn auf mildere Störungen.
- (2) Neurotische Depressionen sind nicht psychotisch. Sie zeichnen sich durch Abwesenheit von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Gedächtnisstörungen aus; der Realitätsbezug und höhere geistige Funktionen sind erhalten.
- (3) Neurotische Depressionen zeigen keine endogene Symptomatik wie: frühmorgendliches Erwachen, Gewichtsverlust, etc. Statt dessen zeigen sie Symptome, die Rosenthal und Gudeman (1967) als 'self-pitying constellation' bezeichnet haben.
- (4) Neurotische Depressionen folgen einem belastenden Ereignis, das normalerweise, aber nicht ausschließlich, psychosozialer Natur ist. In dieser Hinsicht weichen sie mehr quantitativ als qualitativ von normalen Reaktionen ab.
- (5) Neurotische Depressionen ergeben sich aus lang anhaltenden Persönlichkeitsstörungen. In diesem Sinne spricht man auch von 'characterological depression' oder 'depressive personality'.

(6) Neurotische Depressionen entstehen nach psychoanalytischer Auffassung durch unbewußte Konflikte. Danach beruht die Entstehung der Depression auf vier Faktoren:

1. Verstimmungen nach Verlust einer nahestehenden Person, Enttäuschung oder Deprivation
2. einer Störung des Selbstwertgefühls
3. konflikthaften Aggressionen
4. einer prämorbidem Persönlichkeitsstruktur, die sich durch Narzißmus, Abhängigkeit und Ambivalenz auszeichnet.

Klerman (1979) weist an 90 stationären Patienten, die nach der DSM-III (1980) als 'major depressive disorder' diagnostiziert wurden, nach, daß sich die genannten Bedeutungen zwar überlappen, aber keineswegs ausreichend decken, um den Begriff 'neurotic depression' als einheitliche Diagnostikkategorie zu rechtfertigen. Es sei allerdings darauf hingewiesen, daß sich Klermans Studie (1979) nur auf die vier ersten Punkte bezieht. Die Beziehung zu Persönlichkeitszügen oder zugrundeliegenden Konflikten wurde leider nicht untersucht.

Nach Akiskal (1978) umfaßt die Gruppe 'neurotic depression': 1. sich selbst limitierende Verstimmungen reaktiver Natur, 2. mildere Varianten oder frühe Attacken von 'major depression', 3. atypische Depressionen oder prodromale Manifestationen nicht-affektiver Störungen.

Zwangsläufig ergeben sich daraus unterschiedliche prognostische und therapeutische Konsequenzen. Klerman (1979) differenziert folgende therapeutische Standpunkte:

Psychiater, die in der neurotischen Depression vorwiegend Zustände mit spontaner Remission sehen, stellen die Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention in Frage, andere sehen in der Psychotherapie die Behandlung der Wahl, stehen aber einer Medikation ablehnend gegenüber.

Eine dritte Gruppe, die in der neurotischen Depression ge-

nerell mildere Störungen sieht, verschreibt auch Antidepressiva und MAO-Hemmer.

Daß diese Kritiken nicht unberechtigt sind, zeigt der Überblick über die Literatur.

Im anglo-amerikanischen Sprachraum besteht ein grundsätzlich weiteres Verständnis von dem Begriff 'neurotisch' als auf dem europäischen Kontinent. Die britische Psychiatrie verwendet 'endogenous' und 'psychotic' bzw. 'neurotic' und 'reactive' synonym. 'Neurotic' bzw. 'reactive depression' kennzeichnet eine mildere Depression mit Symptomen wie Reaktivität, Angst, Hypochondrie, Hysterie oder Irritabilität, häufig in Zusammenhang mit einem auslösenden Ereignis. 'Reactive' bzw. 'reactivity' meint hier im Sinne Gillespies (1929) die Ansprechbarkeit auf äußere Umwelteinflüsse. Der Reaktivität kommt großes diagnostisches Gewicht zu (Mayer-Gross, Slater, Roth 1968, Roth 1977b, Kendell 1977).

Die amerikanische Psychiatrie setzt 'neurotic depression' von 'psychotic depression' ab, um Zustände zu kennzeichnen, die ohne Desintegration und ohne Störung höherer geistiger Funktion einhergehen (Redlich, Freedman 1970, Beck 1967, Jacobson 1977). Auf der anderen Seite werden die Begriffe 'reactive' und 'endogenous' gegenübergestellt. Entsprechend werden 'reactive' und 'neurotic' unscharf nebeneinander gebraucht.

Die Skandinavier wenden den Ausdruck 'reaktiv' vor allem in Verbindung mit dem Begriff 'Psychose', ähnlich wie ihn Lange (1926) geprägt hatte, an. Ihre Klassifikationen differenzieren u.a. neurotische Depressionen, Affektreaktionen als abnorme Einzelreaktionen und verschiedene reaktive Psychosen, darunter auch solche depressiver Natur (J.E. Meyer 1961). Diese Depressionen sind von psychotischem Ausmaß, aber durch ein äußeres Ereignis ausgelöst.

Die meisten deutschsprachigen Lehrbücher übernehmen Kielholz' Klassifikation (1969) und differenzieren reaktive und neurotische Depressionen als Subkategorien der psychogenen Depressionen. In etwas voneinander abweichender Weise wird zusätzlich die 'Erschöpfungsdepression' bzw. die 'einfache depressive Entwicklung' abgegrenzt. Unterschiedliche Auffassungen herrschen darüber, inwieweit diese zunächst theoretischen Differenzierungen auch praktikabel sind. M. Bleuler (1979) weist darauf hin, daß strenge Unterscheidungen nicht am Platz sind. Ernst (1968) kommt schließlich zu einer 'negativen Definition' als Arbeitsdefinition, die neurotische und reaktive Depressionen wieder zusammenfaßt und nach außen von Psychopathien, endogenen Depressionen, psychosomatischen und organischen Erkrankungen und von Normvarianten absetzt.

Ähnlich diagnostiziert auch die französische Psychiatrie. Sie grenzt die 'dépressions psychogènes' (Lemperrière 1981) bzw. 'dépressions névrotiques' (Ey 1967) von der 'psychose maniaco-dépressive', der 'dépression symptomatique' und den 'psychoses schizo-affectives aiguës' ab. Innerhalb der 'dépressions psychogènes' werden ätiologisch die 'dépression réactionnelle', als Reaktion einer subnormalen oder pathologischen Persönlichkeit auf ein Ereignis, die 'dépression névrotique' aufgrund unbewußter Konflikte, die 'dépression d'épuisement' (Erschöpfungsdepression) oder auch die 'dépression de déracinement' (Entwurzelungsdepression, s.u.) differenziert, allerdings ohne eigene Diagnostikkategorien zu konstituieren. Dies wird als lediglich theoretisch abgelehnt (Ey 1967, Lemperrière 1981).

Von der deutschen Psychiatrie sind zusätzlich einige Sonderformen in die Diagnostik eingeführt worden. Schneider (1972) prägte die Begriffe der 'Untergrunddepression' und 'Hintergrunddepression'. Als Untergrund bezeichnet Schneider (1973) die Stimmungsschwankungen des normalen und des psychopathologischen Lebens, die freisteigend sind und

keinerlei Motivation erkennen lassen. Im Gegensatz zur Endogenität ist trotzdem eine umweltreaktive Komponente vorhanden, die besonders das Herausgeraten aus der Depression bestimmt. Schneider (1973) möchte diesen Untergrund als "etwas völlig anderes als das psychoanalytisch Unbewußte" verstanden wissen, wofür es aber keine zuverlässigen psychopathologischen Kriterien gibt (Hole 1973). Die Hintergrunddepression entsteht auf dem Hintergrund eines zuvor erlebten verstimmenden Eindrucks.

Weitere Sonderformen sind die 'Entlastungsdepression' von Ruffin (1957), die 'Entwurzelungsdepression' von Bürger-Prinz (1951), die 'existenzielle Depression' von Haefner (1954) und die 'endoreaktive Dysthymie' (Weitbrecht 1960) (zit. n. Hole 1973). Nosologisch nehmen sie eine Mittelstellung zwischen endogener und reaktiver Depression ein, als sie vom Erscheinungsbild den endogenen Depressionen näher stehen, aber exogen ausgelöst werden. Die endoreaktive Dysthymie entwickelt sich nach langdauernden Entbeh rungssituationen (Weitbrecht 1973), die Entwurzelungsdepression nach Vernichtung aller sozial-psychischen Bezüge; bei der existenziellen Depression bricht der ganze Daseinsentwurf zusammen (Hole 1973). Die Entlastungsdepression entsteht umgekehrt nach Wegfall einer langdauernden Belastung (Hole 1973).

2.2 Ätiologische Differenzierung von neurotischer und reaktiver Depression in der deutschsprachigen Literatur

2.2.1 Definitionen

Ähnlich wie Kielholz (1971) differenzieren die neurotische und reaktive Depression auch Binder (1956, 1962), Bojanovsky (1969), Völkel (1959), Pauleikhoff und Mester (1972), Langen (1973), Strotzka (1973), Bauer, Kisker et al. (1980), Spörri (1969), Bräutigam (1978), M. Bleuler (1979), Schulte/Tölle (1982) und Huber (1981). Alle genannten Autoren bis auf Bräutigam (1978) und Schulte/Tölle (1982) grenzen unter den psychogenen Depressionen zusätzlich die 'Erschöpfungsdepression' ab. Während Kielholz

(1971) in der Erschöpfungsdepression ein Krankheitsbild u.a. mit starker Beteiligung des vegetativen Systems beschreibt, sprechen andere Autoren (z.B. M. Bleuler 1979, Spörri 1970, Langen 1973) mit Binder (1962) allgemeiner von 'einfacher Fehlentwicklung', ohne diese vegetative Symptomatik zu fordern. Problematisch ist die Beziehung der einfachen Fehlentwicklung bzw. der Erschöpfungsdepression zu der reaktiven und neurotischen Depression. Während Kielholz (1971) und Huber (1981) die drei Formen nebeneinander stellen, fassen einige Autoren wie Bauer, Kisker et al. (1980) und M. Bleuler (1979) die einfache Entwicklung eher unter die reaktiven Depressionen. Gemeinsam ist beiden das Nicht-Unbewußte, die nicht-konflikt-hafte Einstellung. Andere Autoren fassen sie unter den Oberbegriff der Neurose (Spörri 1969, Bojanowsky 1969) bzw. differenzieren die einfache Entwicklung und die neurotische Entwicklung als zwei Formen der seelischen Fehlentwicklung (Binder 1962, Langen 1973). Kriterium ist hier die chronische Entwicklungsstörung.

Im folgenden sollen die Definitionen von Kielholz (1971), Binder (1955, 1962) und Bräutigam (1978) exemplarisch hervorgehoben werden. Diese basieren im Gegensatz zu den multivariaten Analysen der Amerikaner auf klinischen Beobachtungen ebenso wie die später aufgeführten Unterscheidungskriterien zwischen neurotischer und reaktiver Depression bzw. die sich daran anschließenden Diskussionsbeiträge der verschiedenen Autoren.

2.2.1.1 Die Definitionen von Kielholz

Der Vollständigkeit halber seien die Definitionen von Kielholz (1971) hier noch einmal aufgeführt.

'Neurotische Depression':

"Unter neurotischer Depression verstehen wir eine durch ganz oder teilweise verdrängte Konflikte bedingte Störung der psychischen Erlebnisverarbeitung, die zeitweise oder dauernd mit einer vorwiegend depressiven Symptomatik einhergeht."

Folgende Charakteristika bringt Kielholz (1971) in dieser Definition zum Ausdruck: Die Konfliktthematik, den Prozeß der Verdrängung ins Unbewußte, wodurch der Konflikt der Einsicht nicht mehr zugänglich ist, dann die Chronizität der Störung, die episodisch oder persistierend das Leben des Patienten durchzieht. Entsprechend sind in der Regel die neurotischen Depressionen auf frühkindliche Erlebnisse zurückzuführen; nach psychoanalytischer Nomenklatur handelt es sich um Infantilneurosen.

'Psychoreaktive Depression':

"Als psychoreaktive Depression bezeichnen wir traurige oder ängstliche Verstimmungszustände, die sich an ein umweltbedingtes psychisch schmerzliches Ereignis unmittelbar anschließen, nicht sehr lange (nicht länger als Wochen) anhalten und deren Inhalte im wesentlichen um das auslösende Erlebnis zentriert bleiben."

Zentrales Kriterium ist hier das auslösende Ereignis und die Beschreibung der Depression als eher einmaligen, umschriebenen Zustand.

'Erschöpfungsdepression':

"Als Erschöpfungsdepression bezeichnen wir traurig-ängstliche oder apathisch-düstere Verstimmungen, die nach lang andauerndem, quälendem Affektdruck, schweren wiederholten Psychotraumen oder immer wiederkehrenden affektiven Nadelstichen auftreten und mit einer Dekompensation des sympathischen Nervensystems einhergehen."

Hier ist die äußere Belastung eine länger andauernde, ohne daß aber eine Störung von Kindheit an bestände. Eine neurotische Verarbeitung liegt nicht vor.

2.2.1.2 Die Definitionen von Binder

Binder differenziert grundsätzlich 'abnorme seelische Reaktionen' und 'abnorme seelische Entwicklungen'. Die 'abnormen seelischen Entwicklungen' unterteilt er in 'einfache Fehlentwicklungen', 'Neurosen' und 'paranoide Entwicklungen' (Binder 1955). Eine psychische Fehlreaktion ist nach Binder (1962) "die akute Antwort auf eine psychotraumatische Einwirkung von der Umwelt her ...".

Die 'abnormen seelischen Entwicklungen' dagegen beschreibt er folgendermaßen:

"Bei diesen kommt es unter dem Drucke chronischer oder sich immer wiederholender psychotraumatischer Milieuschäden, beispielsweise bei Versagungen, Versuchungen, Demütigungen, Enttäuschungen, übergroßen Aufgaben und dergleichen, zu fortschreitenden und tieferliegenden ungünstigen Veränderungen in manchen psychischen Abläufen, daher zur Verbiegung der inneren Lebensgeschichte, zu einem durchgreifenden Wandel im seelischen Werden und deshalb für lange Dauer - Monate und Jahre - zu unangepaßten Extremen im Verhalten."

Die 'einfachen Fehlentwicklungen' charakterisiert er durch die einheitliche Affekteinstellung, die ihnen zugrunde liegt.

Für die 'Neurose' als konflikthafte Fehlentwicklung findet er folgende Definition:

"Es handelt sich um die neurotische Komplexbildung mit der Verdrängung und Absprerrung des Konflikts einerseits, der affektiven Ankristallisierung andererseits,

ferner um die Entstehung der neurotischen Haltungen, die sich in kritischen Situationen zu manifesten Symptomen aufblähen." (Binder 1962)

Binders Beschreibungen (1962) machen vor allem die Verbindung zwischen Pathogenese und Prognose deutlich. Bei der reaktiven Depression handelt es sich um ein einmaliges, dabei trotz starker Intensität oberflächliches Geschehen, das dementsprechend bald abklingt.

Die abnormen seelischen Entwicklungen dagegen greifen die Persönlichkeitsstruktur an, sie sind von einer gewissen Progredienz; die Fehlentwicklung verschlimmert sich, solange die psychische Traumatisierung anhält. Dabei sind aber bei den einfachen Fehlentwicklungen die Veränderungen bewußt und einer Bearbeitung jederzeit zugänglich. Daraus ergibt sich eine günstigere Prognose als für die Neurosen. Hier beruht die Entwicklungsstörung auf neurotischen Verarbeitungsmechanismen. Ein frühkindlicher Konflikt bildet sich zu einem starren Komplex aus und wird mittels Verdrängung bzw. Widerstand ins Unbewußte abgeschoben. Er ist nicht mehr bearbeitungsfähig und kann aus dem Unbewußten ungehindert seine Störfunktion entfalten. Insofern ist die Prognose schlecht; Reparationsmechanismen können nicht mehr korrigierend eingreifen, die Störung verschlimmert sich mit jeder neuen kritischen Situation.

2.2.1.3 Die Definitionen von Bräutigam

Für Bräutigam (1978) ist eine einheitliche versus ambivalente Affekteinstellung kein Unterscheidungskriterium. Er weist darauf hin, daß die "Einbettung der Belastung in die Motivation des Menschen" darüber entscheidet, ob eine abnorme Reaktion entsteht oder nicht. Insofern fordert er, auch bei der abnormen Reaktion nach einer widersprüchlichen Motivation bzw. einem Konflikt zu suchen. Analog

nimmt er zur Erschöpfungsdepression Stellung. Nach seiner Auffassung führt auch eine noch so große Überlastung und Überforderung nicht zu einer Depression, wenn ihr nicht eine konflikthafte Einstellung zugrunde liegt. Entsprechend differenziert er nur die 'Konfliktreaktion' (statt abnormer seelischer Reaktion) von 'neurotischen Entwicklungen'. Ähnlich tun dies auch Schulte/Tölle (1982). Während letztere allerdings die Konfliktreaktion als einfachste Form einer Neurose bezeichnen, betont Bräutigam (1978), daß sie eben nicht einfach als Abschwächung echter neurotischer Entwicklungen aufzufassen ist.

Für die 'Konfliktreaktion' fordert Bräutigam (1978) mit Jaspers (1913), daß ihr Inhalt in verständlichem Zusammenhang mit dem Erlebnis steht, sie nicht ohne das Erlebnis aufgetreten wäre, und von ihm im Verlauf abhängig bleibt. Die 'depressive Reaktion' beschreibt er vor allem als Verlustreaktion bei Todesfällen, Trennungen, Umzügen und Wechselfällen des Berufes.

'Neurose' definiert Bräutigam (1978) als emotionale und kognitive Entwicklungsstörung. Er listet fünf Kriterien auf, die für die Diagnose 'Neurose' erfüllt sein müssen:

- (1) Eine Entwicklungsstörung der Persönlichkeit liegt vor, die mit Einschränkungen des emotionalen Bereiches und der zwischenmenschlichen Entfaltung verbunden ist. Elementare Bereiche der Persönlichkeit sind unterentwickelt geblieben: die allgemeine seelische und leibliche Selbstbejahung, die Entfaltung zärtlicher, sexueller, motorischer und aggressiver Triebregungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen, die Fähigkeit zur vertrauensvollen Hingabe.
- (2) Es liegt eine Fixierung an belastende infantile Grunderfahrungen vor, die unverarbeitet sind. Sie ragen wie erratische Blöcke aus der Vergangenheit in den gegenwärtigen Weltbezug hinein und stören ihn ('Komplexe').

- (3) Die Einschränkungen sind unbewußt; d.h. in ihrem wesentlichen inhaltlichen und affektiven Gehalt sind sie dem Bewußtsein nicht verfügbar. Sie sind verdrängt, d.h. nicht nur vergessen, sondern es stellt sich der Bewußtmachung der belastenden Erinnerungen ein Widerstand entgegen. Es besteht so ein konflikthaftes Kräftespiel zwischen bestimmten Vorstellungen, vor allem Erinnerungsspuren einerseits und verdrängenden Tendenzen andererseits.
- (4) Neurotische Menschen sind in ihrem Erleben verstimmbar, selbstunsicher, ängstlich und gehemmt. In ihren Beziehungen zu anderen Menschen stellen sie sich als konflikthaft und ambivalent dar.
- (5) Charakteristisch für Neurosen sind bestimmte Symptome wie phobische Ängste, Zwangsgedanken oder Zwangsimpulse, wiederholte Verstimmungen, körperliche Konversionserscheinungen; oder es stehen ganz die charakterlichen Fehlhaltungen im Vordergrund.

2.2.2 Nosologische Abgrenzung

Differentialdiagnostisch abzugrenzen sind die psychogenen Störungen nach Auffassung der anfangs genannten Autoren gegenüber Prodromalstadien endogener und organischer oder symptomatischer (z.B. chronische Hepatitis, Porphyrie) Psychosen, bei entsprechender vegetativer Symptomatik von psychosomatischen Erkrankungen, besonders aber von der endogenen Depression, den Psychopathien und Normvarianten trauriger Verstimmungen.

Im Gegensatz zu Winokur (1973) z.B. schließen alle genannten deutschsprachigen Autoren normale Verstimmungen wie normale Trauer von der Diagnose der reaktiven Depression aus. Allerdings sind die Übergänge fließend. Reaktive De-

pressionen sind dadurch charakterisiert, daß sie sich in Intensität und Dauer inadäquat zum auslösenden Ereignis verhalten (Kielholz 1971). Bräutigam (1978) und Schulte/Tölle (1982) fügen entsprechend ihrer Auffassung als weitere Unterscheidung die konflikthafte Motivation an. Nach Redlich und Freedman (1970) und Nemiah (1975) ist die depressive Verstimmung im Gegensatz zur normalen Trauer vor allem durch eine Erniedrigung des Selbstwertgefühls charakterisiert. Letztlich aber ist die Behandlungsbedürftigkeit entscheidend (Ernst 1968, Pauleikhoff, Mester 1972).

Unschärf ist auch die Grenze von der neurotischen Depression zu den depressiven Psychopathen. Nach Langen (1973) könnte man beide Störungen als Neurosen auffassen mit unterschiedlicher Relation von Anlagewirkung und Umweltfaktoren. Nach allgemeiner Auffassung liegt bei den abnormen Persönlichkeiten das Gewicht auf der Anlage, bei den Neurosen auf Umweltschädigungen (Bräutigam 1978). Abnorme Persönlichkeiten reagieren schon auf alltägliche Umweltreize auf relativ stereotype Art und Weise. Die therapeutische Beeinflußbarkeit ist gering (Bräutigam 1978). Binder (1962) differenziert die mehr formalen Abwegigkeiten der abnormen Persönlichkeiten von den mehr inhaltlichen der Neurosen.

Therapeutisch wichtig ist vor allem die Abgrenzung von der endogenen Depression. Dabei kann allein das Vorhandensein eines auslösenden Ereignisses kein Kriterium sein, da auch endogenen Depressionen ein solches Ereignis vorangehen kann (Bräutigam 1978, Schulte/Tölle 1982); andererseits kann bei neurotischen Depressionen ein solcher Auslöser nicht feststellbar sein. Schulte/Tölle (1982), Ernst (1968) und Pauleikhoff und Mester (1972) schließen reaktive Depressionen von psychotischem Ausmaß per definitionem aus. Die Differentialdiagnose zu nicht-psychotisch endogenen Depressionen wird sich vor allem auf die endogene Sympto-

matik, Familiengeschichte und prämorbidie Persönlichkeit zu stützen haben. Dabei sind unter den Autoren die Aussagen zur symptomatologischen Abgrenzung nicht einheitlich. Völkel (1959) und M. Bleuler (1979) weisen darauf hin, daß zumindestens bei Ausbruch der Depression die Bilder sich ähneln können. Spörri (1969) und Huber (1981) verweisen auf 'sekundäre Vitalisierungen' bei reaktiven Depressionen, ein Übergriff der Depression auf die gesamte Körpersphäre, ein Kriterium, das ursprünglich als charakteristisch für endogene Depressionen angesehen wurde.

2.2.3 Unterscheidungskriterien für die reaktive und neurotische Depression

2.2.3.1 Die Kriterien von Kielholz

Nach Kielholz (1971) kann man eine Reihe von Kriterien für die reaktive und neurotische Depression auflisten. Eine weitere Liste für die Erschöpfungsdepression soll hier vernachlässigt werden. Ihre Stellung wird später diskutiert.

Kriterien für die psychoreaktive Depression:

- (1) Die traurige Verstimmung schließt sich unmittelbar an ein erschütterndes Erlebnis an.
- (2) Die Reaktion ist einfühlbar und verstehbar.
- (3) Die depressiven Inhalte bleiben vorwiegend um den auslösenden Komplex zentriert.
- (4) Die Verstimmung verschwindet, wenn der Erlebniskomplex in den Hintergrund tritt oder ganz wegfällt.
- (5) Die Patienten lehnen sich gegen ihr Schicksal, ihre Umwelt oder ihre Mitmenschen auf.

- (6) Sie lassen sich ablenken und sind fähig, vorübergehend Freude zu empfinden.
- (7) Die Mehrzahl der Kranken weist leptosomen bis asthenischen Körperhabitus auf und zeigt Charakterzüge im Sinne der Sensitivität, Entäußerungsschwäche, Ichbezogenheit und Verslossenheit.
- (8) Im Querschnittsbild ist sie von der neurotischen Depression nicht scharf abgrenzbar.
- (9) Eine Abgrenzung von der neurotischen Depression ist meist aufgrund einer anamnestischen Längsschnittuntersuchung möglich.

Kriterien für die neurotische Depression:

- (1) Neurotische Depressionen beruhen auf ganz oder teilweise verdrängten frühkindlichen Konfliktsituationen.
- (2) Die Konflikte sind unbewußt, die Patienten können sich nicht mehr oder nur dunkel-ahnend mit ihnen auseinandersetzen.
- (3) Meist lassen sich gestörte Kind-Eltern-Beziehungen nachweisen, am häufigsten Mangel an Zärtlichkeit, Geborgenheit, Sicherheit oder aber direkte Ablehnung, Härte, Brutalität, Ausstoßung in der Kindheit. Auch Tabuisierung der Sexualität, verängstigende, verwöhnende Erziehung oder gespannte Familienverhältnisse können zu der depressiven neurotischen Entwicklung führen.
- (4) Den depressiven Zustandsbildern geht meist eine Kette von neurotischen Brückensymptomen voraus (psychisch: Gehemmtheit, Selbstunsicherheit, Angst, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit; psychophysisch: Sprachstörungen, Nägelkauen, pavor nocturnus, Enuresis), die sich bis in die Kindheit zurückverfolgen lassen.

- (5) Die Patienten zeigen deutliche Zwiespältigkeit und Zerrissenheit der persönlichen Strebungen und des Erlebens (Ambivalenz) sowie Überkompensationsmechanismen.
- (6) Starke äußere Beeinflußbarkeit und Abhängigkeit von der momentanen Umweltsituation verleihen dem Zustandsbild etwas Uneinheitliches, Zerrissenes, Schillerndes, Ambivalentes und Ambitendentes.
- (7) Die neurotischen Depressionen werden durch Versagens-, Versuchungs-, Prüfungs- und Überforderungssituationen oder biologische Krisenzeiten ausgelöst und durch jede weitere nicht-bewältigte Schwierigkeit vertieft.
- (8) Häufig sind es alltägliche, nicht weiter auffällige Auslöser.

2.2.3.2 Ergänzung durch andere Autoren

Übereinstimmend beschreiben die eingangs genannten Autoren die reaktive Depression als einen akuten Vorgang, der zeitlich unmittelbar nach dem auslösenden Ereignis einsetzt. Demgegenüber ist der Beginn der neurotischen Depression variationsreicher. Die neurotische Depression kann akut in bestimmten Versuchungs- und Versagungssituationen ausbrechen, aber auch schleichend im Rahmen steigender Lebensanforderungen (Bräutigam 1978). Ein Auslöser kann vorhanden sein, adäquat oder inadäquat, oder aber der Patient gleitet auf dem Boden einer 'leeren Anamnese' langsam in die Depression ab (Schulte/Tölle 1982).

Eine Differenzierung nach der Art des auslösenden Ereignisses ist bisher noch nicht gelungen (Ernst 1968, Paulikhoff, Mester 1972). Es handelt sich in beiden Fällen meist um Verlustreaktionen, insbesondere um solche, die mit einem Geborgenheitsverlust einhergehen (Bräutigam

1978, Schulte/Tölle 1982). Meist stammen sie aus dem Bereich des Familiären und Beruflichen (Bräutigam 1978); Liebesenttäuschungen, eheliche Zerwürfnisse und Einsamkeit und Isolierung, berufliche Mißerfolge, finanzielle Einbußen sind häufig (Kielholz 1971). Die auslösenden Ereignisse unterscheiden sich vielmehr in der Bedeutsamkeit für die jeweilige Person. Bei den neurotischen Depressionen sind die Verluste meist geringfügig und alltäglicher Art. Sie erhält im Gegensatz zur reaktiven Depression ihre Dynamik von der Persönlichkeit, nicht von der Erkrankungssituation (Bräutigam 1978). Dagegen sind es nach Rüger (1980) bei den reaktiven Depressionen starke Belastungsreaktionen, schicksalhafte Verlustreaktionen, denen letztlich keiner entgehen kann, die aber unterschiedlichsthenisch und reif verarbeitet werden. Anders beurteilt dies Binder (1955). Seiner Meinung nach werden auch die neurotischen Depressionen nur von außergewöhnlichen Ereignissen ausgelöst. Ein alltäglicher Auslöser deute auf eine psychopathische Veranlagung hin. Bräutigam (1978) und Schulte/Tölle (1982) betonen die Konfliktthematik auch bei den depressiven Reaktionen. Am Beispiel der Trauerreaktion zeigt Bräutigam (1978) auf, daß auch hier nach einer ambivalenten Haltung und einer narzißtischen Bindung an den Toten zu forschen ist. Rüger (1980) fügt bezüglich der Auslösung der neurotischen Depression den Versuchs- und Versagungssituationen als weitere Aspekte die Mechanismen der 'Dekompensation' und des 'neurotischen Wiederholungszwanges' hinzu. Zu einer akuten neurotischen Depression kann es auch kommen, wenn eine gut haltbare überkompensatorische Lebensbalance verlorenggeht. Andere Patienten unterliegen dem neurotischen Wiederholungszwang und manövrieren sich immer wieder in ähnliche Situationen hinein, auf die sie dann depressiv reagieren. Ähnlich beschreiben dies auch Redlich und Freedman (1970) und M. Bleuler (1979).

Gemäß dem neurotischen Wiederholungszwang wird in der Vorgeschichte nach früheren depressiven Zuständen zu forschen sein (Rüger 1980, Redlich, Freedman 1970).

Unterschiede bestehen in der Beurteilung der prämorbiden Persönlichkeit von reaktiv-Depressiven. Ähnlich wie Kielholz (1971) beschreibt Spörri (1970) leptosome, sensitiv-verschlossene prämorbide Persönlichkeiten bei reaktiven Depressionen. Huber (1981) dagegen weist darauf hin, daß die neurotische Depression an bestimmte Persönlichkeitsstrukturen gebunden sei, die reaktive Depression dagegen übercharakterlicher Art sei. In Übereinstimmung damit meint auch Bräutigam, daß man unter den reaktiv-Depressiven meist unauffällige, ausgeglichene prämorbide Persönlichkeiten antreffe. Pauleikhoff und Mester (1972) betonen, daß keineswegs in erster Linie depressiv veranlagte Menschen zu abnormen Reaktionen neigen, sondern eher solche, die nicht gewohnt sind, mit Depressionen umzugehen.

In der Beurteilung der neurotischen Entwicklung stützen sich alle genannten Autoren auf die psychoanalytische Sichtweise. Frühkindliche Konflikte bestehen in gestörten Kind-Eltern-Beziehungen mit Frustration oder Verwöhnung, Ambivalenz zwischen aggressiven Tendenzen und Geborgeheitswünschen oder verdrängter sexueller Symptomatik. Nach allgemeiner Auffassung läßt sich die neurotische Depression bis in die Kindheit zurückverfolgen. Spörri (1970) und Bräutigam (1978) beschreiben 'kindneurotische Symptome' wie Enuresis, Eßstörungen usw.

Den neurotischen Menschen charakterisiert Bräutigam (1978) mit Kielholz (1971) als verstimmbar, selbstunsicher, ängstlich und gehemmt. Er streicht besonders den 'oralen Charakter' der 'depressiven Neurosenstruktur' hervor mit symbiotischen Bezügen, Anklammerungstendenzen und starker Abhängigkeit. Entsprechend definiert Chodoff (1972) den 'oralen Charakter' als eine Persönlichkeit, deren Selbst-

achtung von äußerer Bestätigung abhängig ist, mit übertriebenen affektiven Bedürfnissen und exzessiver Abhängigkeit.

Bezüglich der familiären Belastung sei auf die Arbeit von Schepank (1974) verwiesen, die Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen untersucht. (Neurosen grenzt Schepank mit Bräutigam (1968) von den Konfliktreaktionen ab.) Danach trifft man bei Neurotikern auf eine familiäre Häufung von Personen mit neurotischen Auffälligkeiten und sozialen Deviationen. Eine Beteiligung von Erbeeinflüssen bei neurotisch-depressiven Symptomen ist statistisch gesichert (Schepank 1974). Unklar ist dagegen die familiäre Belastung bei reaktiven Depressionen. Wenn überhaupt, dann trifft man auch hier nur auf eindeutig psychogene Depressionen und eventuell andere neurotische Auffälligkeiten (Bojanovsky 1980); vermuten läßt sich lediglich, daß die familiäre Belastung geringer ist als bei den neurotischen Depressionen.

Problematisch ist die Beurteilung des Querschnittsbildes von neurotischer und reaktiver Depression. Schulte/Tölle (1982) bezeichnen ähnlich wie Kielholz (1971) die Symptomatik der reaktiven und neurotischen Depression als wenig charakteristisch und heterogen. Auch Bauer et al. (1980), Bojanovsky (1969) und Huber (1981) weisen darauf hin, daß die reaktive und neurotische Depression sich prinzipiell ähnlich sind und sich eher im Längsschnitt (biographische Anamnese) als im psychopathologischen Querschnittsbild (gegenwärtiges Symptombild) unterscheiden.

Bräutigam (1978) dagegen differenziert neurotische Entwicklungen grundsätzlich von Konfliktsituationen durch "Symptome wie Angst, Zwang, hysterische Zeichen usw. und/oder Hemmungen, Verstimbarkeit, Selbstunsicherheit von Krankheitswert". Allerdings gibt auch er keine definitiven Hinweise zur Abgrenzung von neurotischer und reaktiver Depression. Nach Spörri (1970) weisen neurotisch De-

pressive oft inadäquate Angstattacken auf.

Von Völkel (1959) stammt der Hinweis auf das "Alternieren zwischen Organ- und Psychosyndrom" bei den neurotischen Depressionen. Danach stehen abwechselnd psychische, dann wieder körperliche Beschwerden wie Schweißausbrüche, feinschlägiger Tremor, Magen-Darm-Spasmen und Diarrhoe im Vordergrund. Häufig sind die Patienten geneigt, mit diesen Beschwerden ihre Depression zu erklären (Völkel 1959). Grundsätzlich können aber körperliche Beschwerden bei allen Depressionen auftreten (Bleuler 1979, Bojanovsky 1969). Dies beinhaltet auch der Begriff der larvierten Depression (Kielholz 1973, 1981).

Kriterien zur differentialdiagnostischen Abgrenzung der psychogenen Depressionen von den endogenen Depressionen nennen vor allem Kielholz (1973), Bojanovsky (1969, 1980) sowie die verschiedenen anglo-amerikanischen Faktorenanalysen. Kielholz (1973) beschreibt das Querschnittsbild der neurotischen Depression folgendermaßen:

"alternierend zwischen Organ- und Psychosyndrom, ebenso zwischen mehr trauriger und dysphorischer Stimmungslage, allgemein geringe Umweltstabilität, Neigung, die Verstimmung durch körperliche Beschwerden zu motivieren, Vorrang von Einschlafstörungen, Fehlen oder geringe Intensität typischer Tagesschwankungen, ferner das Auftreten sonstiger neurotischer Symptome, einschließlich anamnestisch eruierbarer neurotischer Brückensymptome".

Nach Bojanovsky (1969, 1980) lassen sich die neurotische und reaktive Depression im Querschnitt durch folgende Symptome von der endogenen abgrenzen:

"Beziehungsideen aus der Situation heraus oder keine (im Gegensatz zu psychotischen Beziehungsideen)", "situative Schuldgefühle oder keine", "keine Hemmung des Denkens", "keine Hemmung der Motorik", "keine

wesentliche Gewichtsabnahme", "fühlt sich am schlechtesten vor oder nach der Arbeit oder am Abend", "erschwertes Einschlafen", "wechselhafteres Aussehen der Depression", "Vorwurfseinstellung gegenüber anderen".

Schließlich sei auf die Ergebnisse der Newcastle-Gruppe (Carney et al. 1965, vgl. Tab. 1) und Rosenthal und Gudemans (1967) 'self-pitying constellation' verwiesen. Danach zeichnen sich neurotisch und reaktiv Depressive durch Hypochondrie, Hysterie, Selbstmitleid, anklagendes und verlangendes Verhalten, Irritierbarkeit, Feindseligkeit und Angst aus.

Bezüglich des Schweregrades findet man keine klaren Aussagen. Kein Autor nennt den Schweregrad als Unterscheidungskriterium zwischen neurotischer und reaktiver Depression. Vielmehr scheinen nach der vorliegenden Literatur beide Formen gleichermaßen breit im Schweregrad zu variieren. Ebenso scheint sich die im anglo-amerikanischen Sprachraum oft vertretene Ansicht, 'neurotic depressions' verliefen grundsätzlich milder als etwa 'psychotic depression', nicht zu bestätigen. Binder (1955) berichtet von sehr heftigen, wenn auch nicht lang andauernden reaktiven Depressionen. Ähnlich meinen auch Pauleikhoff und Mester (1972), daß viele reaktive Depressionen erst nach einem Suizidversuch in Behandlung kämen. Unter den Falldarstellungen neurotischer Depressionen von Völkel (1959) findet man schwere wie auch weniger ausgeprägte Formen. Nemiah (1975) differenziert unter den 'neurotic depressions' (reaktive und neurotische Depressionen nach den hier verwandten Definitionen) heftige Depressionen bei guter prämorbidem Persönlichkeit und erschütterndem auslösendem Ereignis und mildere Formen, aber länger andauernde bei gestörten Persönlichkeiten.

Die Angaben zur Dauer sind ähnlich unbestimmt. Nach Kielholz (1971) dauern reaktive Depressionen nicht länger als

einige Wochen. Binder (1962) setzt die Dauer auf einige Stunden bis einige Monate fest. Nach Ernst (1968) können neurotische Depressionen mehrere Jahre andauern. Redlich und Freedman (1970) sind sogar davon überzeugt, daß sie unbehandelt ein ganzes Leben lang anhalten.

Die Dauer ist eng verknüpft mit dem Aspekt der Prognose. Ernst entwickelt 1959 die "Hypothese der allgemeinen psychiatrischen Prognosenregel" und wendet sie auf die Neurosen an. Sie wird von Bauer et al. (1980), Schulte/Tölle (1982) und M. Bleuler (1979) übernommen. Sie lautet:

"Je begabter und lebensstüchtiger die prämorbid Persönlichkeit, je akuter der Krankheitsbeginn und je verstimmter und emotionell beteiligter das Zustandsbild ist, um so günstiger ist sowohl die Syndrom- wie auch die Persönlichkeitsdiagnose."

Nemiah (1975) betont besonders die Wichtigkeit des auslösenden Ereignisses und der prämorbid Persönlichkeit. Je mehr ein definierbares Ereignis im Mittelpunkt steht, desto günstiger ist die Prognose - normalerweise mit vollständiger Remission -; je mehr die Depression von der Persönlichkeit geprägt wird, desto ungünstiger ist das Ergebnis. Ähnlich kommt auch Weissman (1978) zu dem Schluß, daß nicht die Schwere der Depression, sondern der Grad der Persönlichkeitsstörung ausschlaggebend ist.

Entsprechend läßt sich also mit Ernst (1968), Bräutigam (1978), Bauer et al. (1980) formulieren, daß reaktive Depressionen ein einmaliges Ereignis sind und sich ohne bleibende Veränderungen zurückbilden, während neurotische Depressionen eher chronisch verlaufen oder häufig in ähnlicher Form wiederkehren und zu dauerhaften Persönlichkeitsveränderungen neigen.

2.2.3.3 Problematik und Anwendbarkeit der Kriterien

M. Bleuler (1979) weist in seinem Lehrbuch ausdrücklich darauf hin, daß strenge Unterscheidungen zwischen unmittelbarer Reaktion, unmittelbarer Entwicklung und neurotischer Entwicklung nicht am Platze sind. Schulte/Tölle (1982) führen an, daß selbst zwischen neurotischer und nicht-neurotischer Verarbeitung keine klare Abgrenzung besteht.

Fragwürdig ist dabei besonders die Kategorie der 'Erschöpfungsdepression' bzw. der 'einfachen depressiven Entwicklung'. Sie stellt die Grauzone zwischen neurotischer und reaktiver Depression dar insofern, als sie nicht durch eigene Kriterien definiert ist, sondern teils durch Kriterien der reaktiven Depression, teils durch solche der neurotischen Depression. Von daher könnte man dafür plädieren, sie als eigene Diagnostikkategorie aufzulösen. Fraglich ist allerdings, ob man sie dann eher unter die neurotische oder unter die reaktive Depression fassen sollte.

Einige Autoren stellen die 'Erschöpfungsdepression' bzw. 'einfache depressive Entwicklung' unter dem Gesichtspunkt der tiefergreifenden Entwicklungsstörung in die Nähe der Neurosen. Dies fällt um so leichter, wenn man sich Bräutigams Standpunkt (1978) zu eigen macht, daß immer eine konflikthafte Motivation vorhanden ist, einmal ein von außen herangetragener Konflikt, im anderen Falle ein innerer auf der Grundlage einer neurotischen Entwicklungsstörung. Oder aber man legt mehr Gewicht auf die äußere Belastung bzw. auf das Wissen des Patienten um die Problematik und faßt die einfachen Entwicklungen und die Reaktionen zusammen. In diesem Falle müßte man die Definition der reaktiven Depression erweitern und unter dem auslösenden Ereignis nicht ein punktuell erlebtes Erlebnis verstehen, sondern auch eine länger andauernde Situation. Diese müßte aber bestimmbar und abgrenzbar sein.

Schließlich kommen die verschiedensten Legierungen der einzelnen Krankheitsbilder vor. Neurotisch Depressive z.B. sind prädisponiert zu reaktiven Depressionen und Erschöpfungsdepressionen (Kielholz 1971); reaktive Depressionen können übergehen in depressive Entwicklungen (Spörri 1970). Abnorme Persönlichkeiten sind ebenfalls zu reaktiven Depressionen prädisponiert, depressive Persönlichkeiten wiederum häufig schwer von neurotisch Depressiven abzugrenzen (Pauleikhoff, Mester 1972).

Es stellt sich also die Frage, ob eine Abgrenzung anhand der unter 2.2.3.1 und 2.2.3.2 genannten Kriterien überhaupt möglich ist.

Vom Querschnittsbild wird man wenig differentialdiagnostische Hinweise erwarten können. Zwar läßt sich vermuten, daß bei den neurotischen Depressionen die neurotische Symptomatik stärker ausgeprägt sein müßte, in der Literatur aber werden beide Zustände als vergleichbar angesehen bzw. es werden keine Unterscheidungskriterien genannt. Ähnlich verhält es sich bezüglich des Schweregrades. Reaktive und neurotische Depressionen scheinen gleichermaßen breit im Schweregrad zu variieren. Unsicher ist auch die Beurteilung der familiären Belastung.

Letztlich hängt also die Differentialdiagnose an dem auslösenden Ereignis, der prämorbidem Persönlichkeit und am akuten, zeitlich umschriebenen versus chronisch rezidivierenden Verlauf.

Dabei ist die Bedeutung des auslösenden Ereignisses schon seit Beginn einer Klassifikation der Depressionen oft in Frage gestellt worden. Als Beispiel seien zwei neuere Arbeiten von Paykel (1979) und Benjaminsen (1981) herausgegriffen. Paykel fand zwar signifikant mehr Lebensereignisse in der Anamnese von Depressiven im Vergleich zu Patienten mit nicht-affektiven Störungen, Unterschiede innerhalb der Gruppe der Depressionen bestanden aber nicht. Eine Differenzierung der depressiven Zustände nach Art der

Ereignisse war ebenfalls nicht möglich. Entsprechende Ergebnisse findet auch Benjaminsen (1981). Allerdings schränkt er ein - und das scheint die Problematik dieser Life-Event-Studien zu sein -: "How the individuum felt about the event was not considered."

Im Gegensatz dazu bewerten die in diesem Kapitel zitierten Autoren äußere Ereignisse nicht nur nach An- oder Abwesenheit, sondern erkennen eine eventuell ätiologische Bedeutung an. Trotzdem kann eine Diagnose problematisch werden. Die genannten Autoren sind sich einig, daß bei der reaktiven Depression das Gewicht auf der auslösenden Situation liegt, bei der neurotischen auf der Persönlichkeit des Patienten. Die Diagnose wird erleichtert, wenn im Falle der neurotischen Depression kein offenkundiger Auslöser vorhanden ist. Ist aber ein schwerwiegendes Ereignis der Depression vorausgegangen, und geht man davon aus, daß eine Fixierung an eine frühkindliche Konfliktsituation als Ursache einer eventuell neurotischen Depression nicht ohne weiteres feststellbar ist, dann wird eine Entscheidung, ob die Depression in erster Linie von dem Ereignis geprägt wird oder ihre Dynamik von der Persönlichkeit erhält, oft schwierig. Sie ist abhängig vom persönlichen Ermessen des Untersuchers, von seiner Untersuchungsgründlichkeit, von der Auskunftswilligkeit des Patienten sowie auch von der aktuellen therapeutischen Problemstellung (Ernst 1968).

Ernst (1968) führt das Beispiel einer Patientin an, die nach Einreichung der Scheidungsklage akut suizidgefährdet ist. Zu diesem Zeitpunkt würde sie vermutlich als reaktiv depressiv diagnostiziert werden. Ist dagegen die Suizidgefahr abgeklungen, kann ihre zerrüttete Ehe unter dem Gesichtspunkt einer einfachen depressiven Entwicklung verstärkt in den Vordergrund der Therapie treten. Bekommt die Patientin dann Vertrauen zum Psychiater, wird sie ihm z.B. von der unglücklichen Entwicklung ihres Sexuallebens berichten. In diesem Zusammenhang könnte dann eine neuro-

tische Genese ihrer Depression nachträglich deutlich werden.

Pauleikhoff und Mester (1972) geben zu bedenken, daß Umwelt und Persönlichkeit nicht einfach abstrakte Begriffe sind, sondern daß beim Zustandekommen einer Reaktion mehrere situative und Persönlichkeitsfaktoren aufeinander einwirken, und zwar immer in ihrer momentanen Konstellation. Form und Ausmaß einer Reaktion ändern sich damit ständig. Gleiche Ereignisse können nicht nur verschiedene Reaktionen bei verschiedenen Personen hervorrufen, sondern auch bei der gleichen Person zu verschiedenen Zeiten. Insofern läßt sich aus dem Ereignis allein keine direkte Aussage ableiten. Häufig ist auch nicht ein einzelnes Ereignis, sondern mehrere situative Faktoren für die Reaktion verantwortlich.

Ist also eine Entscheidung 'neurotisch' oder 'reaktiv' anhand des Ausbruchs der Depression nicht möglich, bleibt noch die Beurteilung von Verlauf und Herausgeraten aus der Depression in ihrem Verhältnis zum auslösenden Ereignis - wenn auch damit die Prognose zum Diagnostikkriterium wird. Pauleikhoff und Mester (1972) stellen aber auch diese ursprünglich von Jaspers (1913) aufgestellten Kriterien in Frage. "Der Inhalt der Reaktion muß keineswegs stets mit der Ursache übereinstimmen, Ob und wann die Ursache wegfällt, ist ebenfalls oft weder genau zu bestimmen, noch ist der Verlauf der Reaktion stets in dieser engen Weise von der Ursache abhängig." Ähnlich weisen auch Schulte/Tölle (1982) und M. Bleuler (1979) darauf hin, daß die auf das Ereignis folgende neue Situation zur Lösung der Depression beitragen, sie aber auch prolongieren kann.

Unsicher ist auch die differentialdiagnostische Bewertung der prämorbidem Persönlichkeit. Finden sich unter den reaktiv Depressiven meist unauffällige und ausgeglichene Persönlichkeiten, wie es Bräutigam (1978), Huber (1981) und

Pauleikhoff und Mester (1972) vertreten, oder muß man auch bei den reaktiven Depressionen davon ausgehen, daß eine Störung der prämorbidem Persönlichkeit vorliegt, etwa im Sinne eines Ich-bezogenen, sensitiv-verschlossenen Charakters (Kielholz 1971, Spörri 1970)? Findet sich dennoch ein ausreichender qualitativer Unterschied zwischen der prämorbidem Persönlichkeit neurotisch Depressiver und reaktiv Depressiver, oder sind, wie von Schulte/Tölle (1982) vertreten, die Übergänge zwischen neurotischen und nicht-neurotischen Verarbeitungsmechanismen fließend? Diese diagnostische Unsicherheit spiegelt sich z.B. auch im Vergleich von ICD-9 (1979) und DSM-III (1980) wider. Nach der ICD-9 ist eine Persönlichkeitsstörung mit der Diagnose einer psychogenen Reaktion nicht vereinbar, während man in der DSM-III bei einer 'adjustment disorder' zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren kann.

Bei dieser kritischen Diskussion der Diagnostikkriterien muß es bleiben. Eine eindeutige Aussage ist anhand der vorliegenden Literatur nicht möglich, zumal so gut wie keine empirischen Untersuchungen zur Differentialdiagnose neurotische versus reaktive Depression vorliegen. Die meisten Arbeiten beschäftigen sich mit der Abgrenzung der psychogenen Depressionen von den endogenen Depressionen. Die im folgenden aufgeführten Kriterien sind also als vorläufig zu betrachten und können nur die Basis für künftige Untersuchungen bilden. Wünschenswert wären z.B. detaillierte Untersuchungen zum auslösenden Ereignis, zur prämorbidem Persönlichkeit, besonders von reaktiv Depressiven, und zum Querschnittsbild unter der Fragestellung, ob bei neurotischen Depressionen Symptome wie Hysterie, Angst, Zwang usw. verstärkt auftreten.

2.2.3.4 Zusammenfassung der genannten Kriterien

Kriterien für die reaktive Depression:

- (1) Die traurige Verstimmung ist die Reaktion auf ein äußeres, psychisch erschütterndes Ereignis. (Das Ereignis besteht in einem einschneidenden Erlebnis oder einer länger belastenden Situation; diese ist inhaltlich bestimmbar und zeitlich abgrenzbar.)
- (2) Die Reaktion steht in zeitlich unmittelbarem Zusammenhang mit dem auslösenden Ereignis.
- (3) Die Depression wäre ohne das Ereignis nicht aufgetreten.
- (4) Sie ist verstehbar, unterscheidet sich aber in Dauer, Intensität und zugrundeliegender Konfliktthematik von normalen Stimmungen.
- (5) Die Ursache der Verstimmung ist dem Patienten bewußt.
- (6) Die depressiven Inhalte bleiben vorwiegend um den auslösenden Komplex zentriert.
- (7) Die Verstimmung verschwindet, wenn der Erlebniskomplex in den Hintergrund tritt oder ganz wegfällt.
- (8) Die Depression dauert nicht länger als einige Monate.
- (9) Die prämorbidie Persönlichkeit ist unauffällig. In der Vorgeschichte findet man keinen Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung, keine endogenen Phasen und keine ausgeprägten neurotischen Persönlichkeitszüge.
- (10) Im Querschnitt ist die reaktive Depression nicht scharf von der neurotischen abgrenzbar. (Neurotische Symptome sind eventuell geringer ausgeprägt.)
- (11) Das Querschnittsbild gleicht nicht dem der endogenen Depression.

- (12) Im Längsschnitt ist die reaktive Depression von der neurotischen unterscheidbar (siehe Kriterien für die neurotische Depression).
- (13) Der Schweregrad ist variabel, die Depression nimmt aber keine psychotischen Ausmaße (mit Wahnvorstellung, Halluzination und Stupor) an.

Kriterien für die neurotische Depression:

- (1) Neurotische Depressionen beruhen auf ganz oder teilweise verdrängten kindlichen Konfliktsituationen.
- (2) Oft lassen sich gestörte Kind-Eltern-Verhältnisse mit Frustration oder Verwöhnung, verdrängter aggressiver oder sexueller Tendenz feststellen.
- (3) Die Depression kann akut in Versuchungs- oder Versagenssituationen auftreten oder schleichend mit 'leerer Anamnese'.
- (4) Ein eventueller Auslöser kann adäquat oder alltäglicher Natur sein; er ist Anlaß, nicht Ursache der Depression.
- (5) Der tiefer liegende Konflikt ist dem Patienten nicht bewußt; er ist ohne Therapie nicht erlebnis- bzw. bearbeitungsfähig.
- (6) Die depressiven Inhalte müssen nicht um ein eventuell auslösendes Ereignis zentriert bleiben.
- (7) Es liegt eine Entwicklungsstörung vor. Die Patienten sind schon in ihrer prämorbidem Persönlichkeit verstimmt, selbstunsicher, ängstlich und gehemmt. In ihrem persönlichen Erleben und Streben sind sie konflikthaft und ambivalent. Es bestehen Anklammerungstendenzen und Abhängigkeit.
- (8) Neurotische Symptome lassen sich oft schon in der Kindheit nachweisen wie Enuresis, Pavor Nocturnis, Nägelkauen, Eßstörungen usw.

- (9) Es lassen sich in der Vorgeschichte oft weitere depressive Zustände finden, allerdings nicht von der Art endogener Phasen.
- (10) Das Querschnittsbild ähnelt dem der reaktiven Depression. (Symptome wie Angst, Hysterie, Hypochondrie und Zwang sind eventuell stärker ausgeprägt als bei der reaktiven Depression.)
- (11) Das Querschnittsbild gleicht nicht dem der endogenen Depression.
- (12) Im Längsschnitt ist die neurotische Depression von der reaktiven differenzierbar, nämlich in Form eines chronischen oder wellenförmigen Verlaufes.
- (13) Der Schweregrad ist wie bei der reaktiven Depression variabel, nimmt ebenfalls keine psychotischen Ausmaße (mit Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Stupor) an.

In der folgenden Tabelle sollen zusätzlich die Kriterien für die reaktive, neurotische und endogene Depression einander gegenübergestellt werden. Die Kriterien für die endogene Depression sind, soweit noch nicht erwähnt, ebenfalls den übereinstimmenden Beschreibungen der deutschsprachigen Literatur entnommen.

Tab. 12: Gegenüberstellung von reaktiver, neurotischer und endogener Depression

	reaktiv	neurotisch	endogen
ENTSTEHUNGS- BEDINGUNG	Reaktion auf ein belasten- des Ereignis	emotional und ko- gnitive Entwick- lungsstörung auf- grund verdrängter frühkindlicher Konflikte	vorwiegend bio- logisch heridi- tär fundiert
BEGINN	akut	akut oder schlei- chend	akut oder schlei- chend
AUSLÖSUNG			
auslösendes Ereignis	ein Auslöser muß vorhanden sein	kann vorhanden sein	kann vorhanden sein
zeitlicher Zu- sammenhang	unmittelbar	nicht unbedingt	nicht unbedingt
verstehbarer Zusammenhang	es besteht im- mer ein ver- stehbarer Zu- sammenhang; die Depression wäre ohne das Ereignis nicht aufgetreten	kein unmittelba- rer Zusammenhang, aber spezifisch auslösender Cha- rakter als Ver- suchungs- oder Versagungssitua- tion	kein unmittelba- rer Zusammen- hang, unspezi- fisch auslösen- der Charakter
PSYCHOPATHOLO- GISCHER QUER- SCHNITTSBEFUND			
Krankheitsein- sicht	vollständig	zugrundeliegende Konflikte sind unbewußt/vorbe- wußt	besonders in schweren Stadien nicht vorhanden
Affekt	alternierend depressiv/dys- phorisch (se- kundäre Vita- lisierung möglich)	~	besondere Quali- tät der Depres- sion (vitaler Charakter, Ge- fühl der Gefühl- losigkeit)
Depressive Ge- dankeninhalte	immer um das auslösende Er- eignis zen- triert und von diesem abhängig	können sich von dem Ereignis lö- sen bzw. sind ohne Zusammen- hang mit Ereig- nissen	unabhängig, even- tuell Wahnvor- stellungen

	reaktiv	neurotisch	endogen
Schweregrad	variabel, nicht psychotisch		meist schwer, eventuell psychotisch
Realitätsbezug	erhalten		kann gestört sein
Wahnvorstellungen, Halluzinationen	keine		möglich in Form von Schuldwahn, Verarmungswahn und hypochondrischem Wahn
Schlafstörungen	vorwiegend Einschlafstörungen		vorwiegend frühmorgendliches Erwachen
Tagesschwankungen	keine oder von geringer Intensität mit Abendtief	~	ausgeprägt, bevorzugt Morgentief
psychomotorische Hemmung oder Agitation	selten		vorhanden
Verlangsamung der Gedanken	selten		vorhanden
Gewichtsabnahme	möglich		> 3 kg charakteristisch
Suizidgefahr	möglich		möglich, besonders groß
Reaktivität	vorhanden		keine bzw. eingeschränkt
Selbstmitleid	} möglich	eventuell ausgeprägter	nicht charakteristisch
anklagendes verlangendes Verhalten			
Feindseligkeit			
Irritierbarkeit			
Hypochondrie			
Hysterie	}		
Angst			
PRÄMORBIDE PERSONLICHKEIT	unauffällig	verstimmbar, selbstunsicher, gehemmt, ängstlich, ambivalent, Anklammerungstendenzen	keine neurotischen Züge, aber Typus melancholicus

	reaktiv	neurotisch	endogen
ENTWICKLUNGSGESCHICHTE			
gestörte Kind-Eltern-Beziehung	keine bzw. nicht ausgeprägt	eventuell nachweisbar und deutlich	keine bzw. nicht ausgeprägt
kindneurotische Symptome	möglich	oft vorhanden	möglich
frühere depressive Zustände	eher keine	möglich: Stimmungsschwankungen, neurotische Depression, keine endogenen Phasen	möglich: frühere endogene Phasen, keine neurotische Depression
frühere psychiatrische Erkrankungen	eher keine	möglich: z.B. andere Neurosen, Persönlichkeitsstörung, Alkoholismus ...	möglich, besonders auch Phasen
FAMILIARE BELASTUNG	keine oder mit eindeutig psychogenen Depressionen, eventuell anderen neurotischen Auffälligkeiten und sozialen Deviationen	familiäre Belastung mit psychogenen Depressionen, anderen neurotischen Auffälligkeiten und sozialen Deviationen möglich	mit Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis möglich
DAUER	Wochen bis Monate	variabel, bis zu Jahrzehnten	3 bis 6 Monate durchschnittlich
VERLAUF	zeitlich begrenzt; Depression endet, wenn das auslösende Ereignis in den Hintergrund tritt	kann chronisch sein	zeitlich begrenzt, einmalig oder phasenhaft, unipolar oder bipolar
PROGNOSE	meist vollständige Remission	häufig weiterbestehende neurotische Persönlichkeit, ohne Psychotherapie Neigung zur Chronifizierung	vollständige Remission, aber weitere depressive oder manische Phasen möglich

3. EINORDNUNG DER REAKTIVEN UND NEUROTISCHEN DEPRESSION IN DIE GÄNGIGEN KLASSIFIKATIONSSCHEMATA

3.1 'Primary'-'secondary'

Die Einteilung 'primary'-'secondary' deckt nicht das ganze Spektrum der Depressionen ab, oder umgekehrt ausgedrückt: es lassen sich nicht alle Fälle neurotischer oder reaktiver Depression einer von beiden Kategorien zuordnen; ein Teil wird immer in die 'undiagnosed category' (Robins, Guze 1972) fallen. Im Überblick über die Literatur scheinen 'primary' und 'secondary' mehr mit Blick auf die endogenen Depressionen entwickelt worden zu sein. Es ist sicher richtig, daß die meisten endogenen Depressionen unter die Kategorie 'primary depression' fallen, ohne daß damit aber 'primary'-'secondary' dem 'endogen'-'reaktiv'-(bzw. 'neurotisch')-Konzept entsprechen würde. Wichtig ist der Kontext, in dem die beiden Begriffe verwendet werden, ob sie für sich allein dastehen oder in Verbindung mit Feighners Kriterien (1972) oder in der RDC (1978) als Subkategorie von 'major depression'. In letzteren Fällen sind nämlich milde depressive Zustände ausgeschlossen.

Ansonsten beruht die Zuordnung auf der Beurteilung der prämorbidem Persönlichkeit. Geht man davon aus, daß nach den oben genannten Kriterien reaktive Depressionen bei vorwiegend unauffälligen Personen auftreten, sind diese als 'primary depressions' zu werten. Eine gewisse Schwierigkeit liegt darin, daß die Dauer einer 'primary depression' per definitionem auf mindestens einen Monat festgelegt ist (Feighner et al. 1972), ein Kriterium, das auch nicht alle reaktiven Depressionen erfüllen werden.

Die Einordnung der neurotischen Depression hängt davon ab,

inwieweit neurotische Persönlichkeitszüge zu der Diagnose einer Neurose geführt haben oder nicht, oder ob z.B. eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit besteht oder nicht. Ist eine psychiatrische Diagnose gestellt worden, ist die neurotische Depression eine 'secondary depression'; ist dies nicht der Fall, wäre die Diagnose einer 'primary depression' möglich. Andererseits ist es nicht im Sinne der Definition, Patienten mit ausgeprägten neurotischen Persönlichkeitszügen, auch wenn diese noch nicht von Krankheitswert sind, als 'primary depression' zu bezeichnen. Für diese Gruppe ist die 'undiagnosed category' vorgesehen (Robins, Guze 1972). Es wird von dem jeweiligen Beurteiler abhängen, ob er eine 'primary depression' diagnostiziert oder sich für die 'undiagnosed category' entscheidet.

3.2 'Unipolar'-'bipolar'

Die Begriffe 'bipolar' und 'neurotisch' und 'reaktiv' schließen sich gegenseitig aus. Die Beziehung zwischen den Diagnosen 'unipolar depression' und 'neurotische' und 'reaktive Depression' hängt von der jeweiligen Verwendung ab. Nach der Definition von Angst und Perris (1966) sind diese Diagnosen miteinander unvereinbar, setzt man sich allerdings über die Beschränkung auf endogene Depressionen hinweg, fallen die psychogenen Depressionen vollständig als Subkategorie unter die 'unipolar depression'. Einige Autoren (Akiskal 1978, 1979, Winokur 1973, 1979) wiederum verknüpfen die Einteilung 'unipolar'-'bipolar' mit der Diagnose einer 'primary depression'. Dann ist der Teil der reaktiven Depressionen, die man als 'primary depression' diagnostiziert hat, automatisch auch eine 'unipolar depression'.

3.3 Winokurs System (1973)

Winokur (1973) unterscheidet 'reactive depression' von 'primary' und 'secondary depression'. 'Primary depression' unterteilt er weiter nach familiärer Belastung. Eine Einordnung von reaktiver und neurotischer Depression ist nicht eindeutig möglich, zum einen weil Winokur (1973) ätiologische und chronologische Gesichtspunkte vermischt, zum anderen weil er sich in späteren Arbeiten (Winokur 1978, 1979) nur mit 'primary/secondary' bzw. 'unipolar depression' befaßt und die 'reactive depressions' als Gruppe nicht explizit ausschließt.

Es gibt also verschiedene Möglichkeiten. Alle reaktiven Depressionen müßten - vermischt mit Zuständen normaler Trauer - unter die 'reactive depressions' fallen, entsprechend auch neurotische Depressionen, bei denen ein Auslöser feststellbar ist. Gleichzeitig verteilen sie sich aber auf 'primary affective disorder' und 'secondary depression' - diagnostiziert nach den Kriterien von Feighner et al. (1972) - wie oben angeführt.

Eine weitere Aufteilung nach familiärer Belastung stellt sich folgendermaßen dar. Geht man davon aus, daß bei den reaktiven Depressionen die familiäre Belastung mit psychogenen Depressionen und/oder anderen neurotischen Auffälligkeiten und sozialen Deviationen gering ausgeprägt ist, ist die Diagnose einer 'sporadic depressive disease' (keine familiäre Belastung mit Depressionen, Alkohol oder antisozialer Persönlichkeit) am wahrscheinlichsten. Die Diagnosen 'pure depressive disease' und 'depression spectrum disease' sind aber ebenso möglich. Für die neurotische Depression, sofern sie überhaupt als 'primary' diagnostiziert wird, kommt in erster Linie die Diagnose einer 'depression spectrum disease' (familiäre Belastung mit Alkohol oder antisozialer Persönlichkeit und mit Depression)

in Frage, die Diagnose einer 'sporadic depressive disease' ist am wenigsten wahrscheinlich.

3.4 Roths Neuklassifizierungsversuch (1978)

Roths Klassifikation (1978) hat den Nachteil, daß sie sich grundsätzlich nur auf 'primary affective mental disorders' bezieht. Sie schließt damit neurotische Depressionen, die in der Vorgeschichte andere neurotische Störungen aufweisen, von vorneherein aus.

Nach den Ergebnissen der Newcastle-Gruppe unterscheidet Roth (1978) 'endogenous' von 'neurotic affective disorders'. Die reaktive und neurotische Depression fallen entsprechend dem anglo-amerikanischen Neurosebegriff gemeinsam unter letztere Kategorie. Diese teilt sich nach vergleichbaren Ergebnissen von Paykel (1971) und Kiloh et al. (1972) auf. Paykels Typologie differenziert unter den neurotischen Depressionen 'ängstlich Depressive', 'feindselig Depressive' und 'junge Depressive mit Persönlichkeitsstörung'. Die 'ängstlich Depressiven' nennt Paykel (1971) explizit auch 'neurotic depressives'. Die anderen beiden Gruppen zeichnen sich zwar durch vermehrt auftretende auslösende Ereignisse aus, der Unterschied ist aber zu gering, um eine Abgrenzung neurotisch-reaktiv zuzulassen. Schließlich ist auch die Diagnose 'reaktive Depression' wenig vereinbar mit Paykels Definition von "schlechter prämorbidem Anpassung und gestörten Lebensverhältnissen". Rein reaktive Depressionen scheinen in seiner Typologie zumindestens nicht explizit erfaßt zu sein.

3.5 Research Diagnostic Criteria (RDC, 3. Aufl. 1978)

In der RDC (1978) wird die reaktive Depression als 'major' oder 'minor depressive disorder' zu diagnostizieren sein, die neurotische Depression als 'major', 'minor' oder 'intermittent depressive disorder' oder sich hinter einer 'Briquet's disorder (somatization disorder)' verbergen.

'Major depressive disorder' umfaßt nach Spitzer (1978) einige 'neurotic depressions', alle 'involutional depressions', alle 'psychotic depressions' und die depressiven Phasen der 'manic-depressive illness'. Von den reaktiven und neurotischen Depressionen sind es grundsätzlich die schwereren Fälle, die als 'major depression' diagnostiziert werden, schon allein von der Zahl der geforderten Kriterien her, fünf für eine sichere, vier für eine wahrscheinliche Diagnose. Die Kriterien selber sind eher unspezifisch (Nelson 1980) und mit der Diagnose einer reaktiven oder neurotischen Depression vereinbar. Lediglich das Symptom 'psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung' tritt bei neurotischen und reaktiven Depressionen nicht auf. Selbstvorwürfe oder ausgeprägte Schuldgefühle sind ebenfalls eher charakteristisch für endogene Depressionen, obwohl sie auch bei den psychogenen Depressionen auftreten können. Dann sind sie aber im Grunde unterdrückte Anklagen (Bräutigam 1978) oder situationsgebunden (Bojanovsky 1969).

In der weiteren Subklassifikation wäre die reaktive Depression zu umschreiben als: 'primary', 'situational', 'non-recurrent', 'non-psychotic', 'non-incapacitating', 'non-endogenous' und 'simple'; die neurotische Depression als: 'secondary', 'recurrent' oder 'non-recurrent', 'non-psychotic', 'non-incapacitating', 'non-endogenous', 'situational' oder 'non-situational', 'predominant mood', z.B.: 'anxious'.

Mildere reaktive Depressionen fallen ausnahmslos unter die 'minor depression', von den neurotischen Depressionen nur diejenigen, die nach hierarchischer Reihenfolge nicht als 'intermittent depressive disorder' oder als 'Briquet's disorder' diagnostiziert werden können. Unter 'minor depressive disorder' sind auch Symptome aufgelistet, die charakteristisch für die psychogenen Depressionen sind, z.B.: Selbstmitleid, Pessimismus, anklammerndes Verhalten, Reizbarkeit usw.

'Intermittent depressive disorder' faßt die Diagnose 'depressive Persönlichkeit' und überlappt sich mit der Kategorie der neurotischen Depression (Spitzer 1978). Reaktive Depressionen sind ausgeschlossen, da die Dauer auf mindestens zwei Jahre festgelegt ist. Insofern sind nur chronisch verlaufende neurotische Depressionen inbegriffen. 'Briquet's disorder' umfaßt die Fälle neurotischer Depression, die mit exzessiven somatischen Beschwerden einhergehen.

Eine Studie von Hirschfeld (1981) sei hier angeführt, die 'situational major depression' mit 'non-situational depressions' vergleicht. Seine Erwartung, Patienten mit 'situational major depression' würden verstärkt schlecht angepasste Persönlichkeiten aufweisen, wurde nicht bestätigt. Im Querschnittsbild zeigten diese Patienten mehr offenen Ärger und Selbstmitleid, unterschieden sich sonst aber nicht von 'non-situational depressions', z.B. im Hinblick auf Endogenität. Im Verlauf erholten sie sich zunächst schneller, unterschieden sich über längere Zeit betrachtet aber nicht von 'non-situational depressions'. Hirschfeld (1981) kommt entsprechend zu dem Schluß, daß 'situational' versus 'non-situational' als Diagnostikkriterium nicht ausreicht, um zwei verschiedene Patientengruppen zu konstituieren. Seine Kritik ist allerdings nicht ohne weiteres auf das 'reaktiv'-'neurotisch'-Konzept über-

tragbar, da er sich nur auf 'major depressions' bezieht, und das auslösende Ereignis als Diagnostikkriterium zu wenig präzisiert ist.

3.6 Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (DSM-III, 3. Aufl. 1980)

In der DSM-III (1980) können reaktive Depressionen als 'major depression' oder 'adjustment disorder with depressive mood' diagnostiziert werden, neurotische Depressionen als 'major depression', 'dysthymic disorder' oder 'adjustment disorder'.

'Major depression' in der DSM-III (1980) unterscheidet sich nur in den Subkategorien von der RDC (1978). Entsprechend umfaßt sie auch hier die schweren Fälle: reaktive Depressionen als 'major depression, single episode without melancholia', neurotische Depressionen als 'major depression, single episode without melancholia' oder 'recurrent without melancholia'.

'Dysthymic disorder' ist als chronisch verlaufende, mildere depressive Störung konzipiert. Sie umfaßt nach Klerman (1980) Depressionen mit unterschiedlichen Ursachen, meist Zustände nach akuten Depressionen. Er führt als Fälle, die häufig in chronischem Verlauf münden, solche mit vorherrschenden hypochondrischen und somatischen Beschwerden, exzessiven Pessimismus und Hilflosigkeit an. Besonders häufig sind es auch verschiedene Arten von 'secondary depression': nach Alkoholismus, Drogenmißbrauch oder in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen, die chronisch verlaufen. Von den oben definierten neurotischen Depressionen sind es die milderen chronischen Formen von mindestens zwei Jahren Dauer, die unter diese Kategorie fallen. Reaktive Depressionen sind von dieser Diagnose aus-

geschlossen.

Die Kategorie 'adjustment disorder' ist in der revidierten Form in der DSM-III weitergefaßt als die obenstehende Definition von reaktiver Depression. Sie umfaßt Zustände nach akuten Traumen ('depressive Reaktion' i.e.S.) und nach chronisch sich wiederholenden oder kontinuierlich bestehenden Belastungen ('depressive Entwicklung' i.e.S.) und reaktive Depressionen in Verbindung mit zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörungen. Die reaktiven Depressionen müßten sinnvollerweise alle unter 'adjustment disorder' fallen, andererseits erfüllt ein Teil der Fälle die Kriterien für 'major depression', und diese Diagnose hat Vorrang.

Theoretisch kann auch ein Teil der neurotischen Depressionen als 'adjustment disorder' diagnostiziert werden, nämlich die Fälle, bei denen ein auslösendes Ereignis identifizierbar ist, und die nicht die Kriterien für die anderen beiden Kategorien 'major depression' und 'dysthymic disorder' erfüllen. Schließlich ist die Diagnose 'adjustment disorder' hier nicht auf Patienten mit guter prämorbidem Persönlichkeit beschränkt. Allerdings implizieren die Kriterien die ursächliche Bedeutung des auslösenden Ereignisses. Die Depression muß sich zurückbilden, wenn der Streß endet. Das kann man bei einer neurotischen Depression nicht ohne weiteres voraussetzen.

3.7 International Classification of Diseases

(ICD-9 1979)

In der ICD-9 (1979) sollten sich die neurotischen Depressionen unter der Kategorie 'neurotische Depression' ('neurotic depression'), die reaktiven Depressionen unter den

'psychogenen Reaktionen' ('akute Belastungsreaktion' ('acute reaction to stress'), 'Anpassungsstörung' ('adjustment reaction')) einordnen lassen.

Die Kategorie 'neurotische Depression' ('neurotic depression') wird allerdings in ihrer vagen Definition die neurotischen Depressionen (i.e.S.), aber auch andere depressiven Zustände umfassen bzw. sich mit den 'psychogenen Reaktionen' überlappen. Der Begriff 'neurotische Züge' wird weder näher umschrieben, noch wird festgelegt, ob diese neurotischen Züge vorhanden sein müssen oder fakultativ vorhanden sein können. Es ist weiter nicht klar, ob von prämorbidem neurotischen Zügen die Rede ist, oder ob sich die Definition nur auf das Querschnittsbild bezieht. Dies unterscheidet sich ja kaum von dem der reaktiven Depression.

Reaktive Depressionen (i.e.S.) kann man unter 'psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)' ('acute reaction to stress') als 'akute Belastungsreaktion mit vorherrschender emotionaler Störung' ('predominant disturbance of emotions') im Sinne einer Katastrophenreaktion oder unter 'psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)' ('adjustment reaction') als 'kurzdauernde depressive Reaktion' ('brief depressive reaction') einordnen. Die depressive Entwicklung (i.e.S.) fällt unter 'länger dauernde depressive Reaktion' ('prolonged depressive reaction'). Zugrundeliegende Persönlichkeitsstörungen sind jeweils ausgeschlossen.

3.8 Tabellarische Zusammenfassung der Einordnung von neurotischer und reaktiver Depression in die gängigen Klassifikationsschemata

In einer Tabelle sollen die verschiedenen Möglichkeiten, reaktive und neurotische Depressionen nach derzeit gängigen

Klassifikationsschemata zu diagnostizieren, festgehalten werden. Es handelt sich dabei meist nicht um Übereinstimmungen, sondern um mögliche Überschneidungen. Wie sich in diesem Kapitel herausgestellt hat, lassen sich die reaktive und neurotische Depression nur in seltenen Fällen eindeutig einer bestimmten Kategorie der entsprechenden Klassifikationsschemata zuordnen.

Tab. 13: Zusammenfassung der Einordnung von neurotischer und reaktiver Depression in die gängigen Klassifikationsschemata

reaktive Depression

- (unipolar)

- primary

neurotische Depression

- secondary

(primary, undiagnosed category)

Winokur

- reactive depression

- reactive depression

- primary affective disorder,
depressive disease (unipolar):
sporadic depressive disease

- secondary depression

- (primary affective disorder,
depressive disease (unipolar):
depression spectrum disease)

Roth

- depressive neurosis

- anxious depression

hostile depression

hysteroid dysphoria

depressives with personality disorders

RDC

- major depressive disorder

primary

situational

non-recurrent

non-psychotic

non-incapacitating

non-endogenous

simple

- major depressive disorder

secondary

situational oder non-situational

recurrent oder non-recurrent

non-psychotic

non-incapacitating

non-endogenous

- minor depressive disorder

- minor depressive disorder

- intermittent depressive disorder

- Briquet's disorder

DSM-III

- 296.22 major depression, single
episode without melan-
cholia

- 296.22 major depression, single
episode without melan-
cholia

- 309.00 adjustment disorder with
depressed mood

- 300.40 dysthymic disorder

- 309.00 adjustment disorder with
depressed mood

ICD-9

- 308 acute reaction to stress

- 300.4 neurotic depression

308.0 predominant disturbance of
emotions

- 309 adjustment reaction

309.0 brief depressive reaction

309.1 prolonged depressive reaction

4. FRAGEBÜGEN ZUR UNTERSCHIEDUNG REAKTIVER UND NEUROTISCHER DEPRESSION

4.1 Klinische Beurteilungsskalen in der Psychopathometrie

Unter Psychopathometrie versteht man die objektivierte und quantifizierte Erfassung psychopathologischer Phänomene mittels Beurteilungsskalen, systematischer Verhaltensbeobachtung, objektiver Tests, die Reaktionen auf standardisiertes Reizmaterial messen, sowie physiologischer und biochemischer Methoden (v. Zerssen, Möller 1980). Befunde werden dadurch reliabler und statistisch auswertbar.

Beurteilungsskalen liegen als Selbst- und als Fremdbeurteilungsskalen vor. Folgende Formen lassen sich nach Mombour (1972) differenzieren:

- a) Selbstbeurteilung des Patienten: Beschwerdelisten (self-rating-scales) und Fragebögen (questionnaires)
- b) Beurteilung des Patienten durch psychiatrisches Hilfspersonal (scales for social adjustment or ward adjustment)
- c) Beurteilung durch Angehörige oder enge Freunde des Patienten (häufig auch scales for social adjustment genannt)
- d) Beurteilung durch den Arzt (oder klinischen Psychologen):
 - 1. Abhaklisten (check-lists): Bewertung von Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein eines Symptoms
 - 2. Schätzskalen (rating-scales): detailliertere Erfassung von Symptomen; graduierte Bewertung
 - 3. Untersuchungsinstrumente, die aufgrund eines vom Arzt (oder klinischen Psychologen) durchgeführten standardisierten Interviews ausgefüllt werden.

Selbstbeurteilungsskalen erfassen den subjektiven Befund

(nach Jaspers 1913); der Patient bringt sein subjektives Erleben zum Ausdruck und bewertet es. Dabei ist die Qualität stark abhängig von der Fähigkeit des Patienten zur Selbsteinschätzung; bewußte oder unbewußte Verfälschungstendenzen fallen stärker ins Gewicht als bei Fremdbeurteilungsskalen.

Fremdbeurteilungsskalen dienen der Beurteilung des psychopathologischen Zustands unter Berücksichtigung des subjektiven und des objektiven Befundes. Verfälschungstendenzen von seiten des Patienten werden weitgehendst vermieden, dafür fallen aber Untersucherbiases stärker ins Gewicht (v. Zerssen, Möller 1980). Dem Beurteiler wird zugestanden, die Aussagen des Patienten zu bewerten, z.B. eine Besserung anzugeben, auch wenn dies nicht ausdrücklich vom Patienten angegeben wird.

Einige Aspekte wiederum sind der Selbsteinschätzung des Patienten gar nicht zugänglich und können, wenn überhaupt, nur mit einem Fremdbeurteilungsbogen erfaßt werden.

Differentialdiagnostisch sind Fremdbeurteilungsskalen den Selbstbeurteilungsskalen überlegen. Vergleiche haben ergeben, daß Aspekte des subjektiven Befundes sich ähnlicher sind als die mit einem Fremdbeurteilungsbogen erhobenen entsprechenden Befunde. Im Bereich emotionaler Störungen z.B. lassen sich mit Selbstbeurteilungsskalen nur eine mehr psychische und eine mehr körperliche Beeinträchtigung differenzieren. Auch Gereiztheit läßt sich darstellen. Problematisch bleibt dagegen eine Differenzierung von Depressivität und Ängstlichkeit (v. Zerssen 1979).

Die Güte der Beurteilungsbögen wird anhand der Kriterien von Objektivität (Grad der Unabhängigkeit des Ergebnisses von Untersucher und Auswerter), Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) gemessen. Vorteilhaft ist es, wenn Normwerte aus der Durchschnittsbevölkerung des entsprechenden Sprachraums und Vergleichswerte von

verschiedenen klinischen Gruppen vorliegen (v. Zerssen, Möller 1980).

In der heutigen Literatur findet man eher ein Überangebot an Beurteilungsskalen, was die Wahl eines geeigneten Fragebogens schwierig macht. Für die psychopharmakologische Forschung wurde deshalb vom NIMH (National Institute of Mental Health) das ECDEU (Early Clinical Drug Evaluation Unit)-System (Guy 1976) erarbeitet. Eine ähnliche Zusammenstellung von Fragebögen mit entsprechenden Empfehlungen wurde im deutschsprachigen Raum von CIPS (Collegium Internationale Psychiatriae Sclalarum) 1977 (2. Aufl. 1981) herausgegeben.

4.2 Diagnostik depressiver Erkrankungen mittels klinischer Beurteilungsskalen

Mögliche Anwendungsgebiete klinischer Beurteilungsskalen sind die Erfassung einer psychopathologischen - hier depressiven - Symptomatik und die Beurteilung ihres Schweregrades, die Beurteilung einer Veränderung dieser Symptomatik als Verlaufsbeobachtung oder Therapiekontrolle und schließlich die syndromatologische und nosologische Zuordnung. Mit geeigneten Persönlichkeitsinventaren läßt sich die prämorbidie Persönlichkeit depressiver Patienten beurteilen.

Einige Depressionsskalen sind speziell zur nosologischen Diagnostik 'endogene Depression' versus 'neurotisch/reaktive Depression' konstruiert worden. Ein Fragebogen zur Differenzierung neurotischer von reaktiver Depression ist dagegen bisher nicht veröffentlicht worden.

Eine umfassende Darstellung bisher erschienener Depressionsfragebögen findet man in der Arbeit von Bieback (1970) und der daran anschließenden von Bohrer (1980).

Im folgenden sollen deshalb nur einige der bekanntesten und neueren Bögen angeführt werden.

4.2.1 Fragebögen zur Erfassung des psychopathologischen Querschnittbefundes bei depressiven Patienten

In den Tabellen 14, 15 und 16 sind verschiedene Skalen - multidimensionale, psychoneurotische und reine Depressions-skalen - aufgeführt, die alle geeignet sind, eine depressive Symptomatik zu erfassen.

Tab. 14: Multidimensionale Skalen, Fremdbeurteilung

Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS - (Overall, Gorham 1962)

Wittenborn Psychiatric Rating Scale - WPRS - (Wittenborn 1964)

Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale - IMPS - (Lorr, Klett 1966)

Comprehensive Psychopathological Rating Scale - CPRS - (Asberg et al. 1978)

Fischer Symptom Check List - FSCL - (Fischer-Cornelssen 1980)

Befundbögen der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP - (AMDP 1981)

Diagnostische Sichtlochkartei - DiaSiKa - (v. Zerssen, zu veröffentlichen)

Present State Examination - PSE - (Wing 1973)

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - SADS - (Endicott, Spitzer 1978)

Tab. 15: Fragebögen zur Erfassung neurotischer Symptomatik

Fremdbeurteilung:

Psychischer und sozialkommunikativer Befund - PSKB -
(Rudolf 1979)

Fischer Symptom Check List - FSCL - (Fischer-Cornelissen
1980)

Selbstbeurteilung:

Middlesex Hospital Questionnaire - MHQ - (Crown,
Crisp 1966)

Self-Report Symptom Inventory - SCL-90-R - 90 Items -
Revised (Derogatis 1977/1981)

Self-Report Inventory for Assessing Dysphorias
(Baugher, Wittenborn 1980)

Tab. 16: Depressionsskalen

Fremdbeurteilung:

Hamilton Depression Scale - HAMD - (Hamilton 1960/1967)

Depressive Status Inventory - DSI - (Zung 1972)

Depression Rating Scale (Wechsler 1963)

Rating Scale for Depressive Illness (Cronholm et al.
1974)

Montgomery & Asberg Depression Rating Scale - MADRS -
(Montgomery, Asberg 1979)

Schedule for the Assessment of Depressive Disorders
- SADD - (WHO 1979)

Selbstbeurteilung:

Beck Depression Inventory - BDI - (Beck et al. 1961)

Self-Rating Depression Scale - SDS - (Zung 1965)

Hamburger Depressionsskala - HDS - (v. Kerekjarto 1969)

Paranoid-Depressivitäts-Skala - PD-S/PD-S' bzw. D-S/D-S' -
(v. Zerssen 1976)

Test zur Erfassung der Schwere einer Depression - TSD -
(Obermair et al. 1981)

Carroll Rating Scale - CRS - (Carroll et al. 1981)

Multidimensionale Skalen decken das ganze Spektrum der
Psychopathologie ab. Sie sind dann besonders geeignet,

wenn man Patienten untersuchen will, die neben einer depressiven Symptomatik auch noch andere Symptome aufweisen, bzw. wenn man sich einen globalen Überblick über den Zustand eines Patienten verschaffen will. Allerdings sind die meisten multidimensionalen Skalen mehr in Hinblick auf schwerere psychische Erkrankungen konstruiert worden, neurotische Symptome werden nur in beschränktem Maße erfaßt (v. Zerssen, Möller 1980).

Will man also einen Patienten speziell auf eine neurotische Symptomatik hin untersuchen, wird man auf eine der psychoneurotischen Skalen zurückgreifen. Sie erfassen ausschließlich neurotische Symptome, haben aber häufig den Nachteil, daß manifeste Symptomatik und habituelle neurotische Persönlichkeitszüge miteinander vermischt werden (v. Zerssen 1979).

Ein vergleichsweise weites Spektrum - was die neurotische Symptomatik anbelangt - erfassen unter den multidimensionalen Skalen das IMPS (Lorr, Klett 1966) und das AMDP-System (AMDP 1981), wobei das AMPD-System noch besser differenzieren soll (v. Zerssen, Möller 1980). Die FSCL (Fischer-Cornelssen 1980) wurde unter besonderer Berücksichtigung neurotischer Symptome konstruiert.

Die DiaSiKa (v. Zerssen, zu veröffentlichen) und die SADS (Endicott, Spitzer 1978) sind besonders geeignet, wenn man Patienten nach der ICD bzw. im Falle der SADS nach der RDC diagnostizieren will. Auch das AMDP-System (AMDP 1981) unterstützt eine Diagnostik nach der ICD; neueren Überlegungen zufolge soll es in Zukunft so ausgerichtet werden, daß im Sinne eines polydiagnostischen Ansatzes ein Vergleich verschiedener Diagnostiksysteme möglich wäre (Berner 1983).

In Tabelle 16 ist eine Auswahl von Skalen aufgeführt, die ausschließlich depressive Symptomatik erfassen. Sie ermöglichen eine Beurteilung des Schweregrades, sind aber grund-

sätzlich zur Therapiekontrolle geeignet.

Die bekannteste Fremdbeurteilungsskala ist die HAMD (Hamilton 1960). Sie dient deshalb für neuentwickelte Skalen häufig als Vergleichsstandard. Unter den Selbstbeurteilungsskalen ist das BDI (Beck et al. 1961) die bekannteste. Im Gegensatz zur Hamiltonskala erfaßt das BDI allerdings mehr psychologisch-kognitive Aspekte. Als korrespondierende Selbstbeurteilungsskala zur HAMD wurde deshalb von Carroll (1981) die CRS entwickelt.

Die von v. Zerssen (1976) in zwei Paralleelformen entwickelte PD-S/PD-S'-Skala ist eine der statistisch am besten belegten Selbstbeurteilungsskalen. Dabei kann die Depressivitätsskala auch isoliert verwendet werden oder mit anderen Skalen aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München) - der Befindlichkeitsskala Bf/Bf' und der Beschwerdenliste Bl/Bl' - je nach Fragestellung kombiniert werden (v. Zerssen 1976).

Mit der Beschwerdenliste Bl/Bl' sollen körperliche Beschwerden depressiver Patienten erfaßt werden. Die Befindlichkeitsskala Bf/Bf' soll eine augenblickliche subjektive Befindlichkeit messen. Während die Depressivitätsskala D/D' also eine mehr konstante Symptomatik erfaßt, kann man mit der Befindlichkeitsskala Bf/Bf' momentane, sich rasch verändernde Symptome beurteilen. Damit ist eine längerfristige Verlaufsbeobachtung, aber vor allem auch eine Beurteilung von Veränderungen innerhalb kürzester Zeitabstände, etwa im Tagesverlauf, möglich. Die Befindlichkeitsskala Bf/Bf' würde sich z.B. zur Beurteilung der Reaktivität depressiver Patienten eignen.

Die SADD (WHO 1979) wurde für ein transkulturelles Forschungsprojekt der WHO über depressive Erkrankungen entwickelt. Im Gegensatz zu anderen Depressionsskalen erfaßt sie nicht nur das psychopathologische Querschnittsbild, sondern ermöglicht auch - ähnlich wie das AMDP-System

(AMDP 1981) und die DiaSiKa (v. Zerssen, zu veröffentlichen) unter den multidimensionalen Skalen - eine umfassende Dokumentation anamnestischer Daten.

Speziell zur Therapiekontrolle, d.h. längerfristigen Beobachtung, wurden die MADRS (Montgomery, Asberg 1979) und der TSD (Obermair 1981) konstruiert.

4.2.2 Syndromatologische Klassifikation depressiver Erkrankungen mit Fragebögen

Eine syndromatologische Differenzierung depressiver Erkrankungen läßt sich mit den meisten Depressionsskalen und auch einigen multidimensionalen Skalen, wie z.B. der BPRS (Overall, Gorham 1962), dem IMPS (Lorr, Klett 1966) und dem AMDP-System (AMDP 1981) erzielen. Mombour (1974, 1976) vergleicht Faktorenanalysen verschiedener Skalen und findet weitgehendst übereinstimmende Ergebnisse. Eine syndromatologische Unterteilung depressiver Erkrankungen scheint also gerechtfertigt und ausreichend fundiert. Tabelle 17 gibt einen Überblick über die verschiedenen Faktorenanalysen nach Mombour (1974, 1976).

Alle Autoren fanden einen Faktor 'gehemmte Depression'. Ängstlichkeit, körperliche Beschwerden und Agitiertheit treten ebenfalls bei einem bestimmten klinischen Typ auf. Ein dritter Faktor beschreibt einen Typus mit Schuldgefühlen und Verstimmung.

Hinzuzufügen ist noch eine Faktorenanalyse von der FSCL (Fischer-Cornelissen 1980) an depressiven Patienten mit ähnlichen Syndromen: 1. gehemmt-depressiv, 2. ängstlich-agitiert, 3. somatisch, 4. suizidal, 5. hypochondrisch, 6. phobisch-anankastisch. Lediglich der sechste Faktor 'phobisch-anankastisch' fällt heraus. Das liegt sicher

Tab. 17: Faktoren von Skalen zur Erfassung depressiver Symptomatik
(nach Mombour 1974, 1976)

	I	II a	II b	c	III
HAMD Hamilton 1960	retarded depression	anxiety depression		agitated depression	
BDI Beck 1961			somatic disturbance		guilty de- pression
BPRS Overall, Gorham 1962	retarded depression	anxiety depression		hostile depression	
HDS v. Kerekjarto 1969	Antriebslo- sigkeit Energiever- lust		Angst-Hypo- chondrie		Verstimmungs- faktor
AMP 1968 bzw. AMDp 1981	apathi- sches Syndrom		hypocondri- sches Syndrom		depressives Syndrom
IMPS Lorr, Klett 1966	retardation apathy				anxious intro- punitiveness

darán, daß die FSCL mehr als die anderen erwáhn-ten Bógen auch neurotische Symptome erfaßt.

4.2.3 Nosologische Klassifikation depressiver Erkrankungen mit Fragebögen

Die meisten Skalen, wie sie unter 4.2.1 aufgeföhrt sind, wurden zur Erfassung des psychopathologischen Querschnittbefundes konstruiert und nicht in erster Linie zur nosologischen Diagnostik. Pietzcker stellt sich in seinen Arbeiten von 1981 und 1983 die Frage, ob eine nosologische Diagnostik auf Symptomebene (Pietzcker 1981) bzw. Syndromebene (Pietzcker 1983) überhaupt möglich ist. In seiner Arbeit von 1981 untersucht er mit dem AMDP-System (AMDP 1981) die diagnostische Differenzierungsfähigkeit von psychopathologischen Symptomen bei schwierigen Differentialdiagnosen, u.a. depressive Neurosen versus depressive Psychosen. Dabei stellte sich heraus, daß eine Zuordnung auf Symptomebene nur bedingt möglich war, nur wenige Symptome erwiesen sich als pathognómisch wie z.B. Wahn oder stuporöses oder mutistisches Verhalten. Die meisten Patienten unterschieden sich lediglich durch häufigere und schwere Symptomatik. Ähnlich war das Ergebnis der Arbeit von 1983. Zwar ließen sich Patienten mit endogenen Depressionen von solchen mit neurotischen Depressionen differenzieren, ausschlaggebend waren aber auch hier in erster Linie höhere Werte bei den endogenen Depressiven.

Pietzcker (1981, 1983) unterstreicht ähnlich wie Bech (1983) und Gastpar (1983) die Notwendigkeit einer nosologischen Diagnostik und fordert deshalb, nicht mehr den Schwerpunkt allein auf die Achse 'Psychopathologie' zu legen, sondern auch andere Achsen wie Ätiologie, Verlauf und prämorbid-e Persönlichkeit mit in die Diagnostik einzubeziehen.

Bisher wurden nur einige wenige Skalen speziell zur Differentialdiagnose endogene versus neurotisch/reaktive Depression konstruiert. Sie sind in Tabelle 18 aufgeführt.

Tab. 18: Skalen zur Differenzierung endogener (psychotischer) und neurotischer (reaktiver) Depression

Fremdbeurteilung:

Kiloh & Garside (1963)

Newcastle-Scale (Carney et al. 1965)

Rosenthal & Gudeman (1967)

Selbstbeurteilung:

Symptom-Sign-Inventory (Foulds 1960/68)

Levine-Pilowsky-Questionnaire-LPD (Pilowsky et al. 1969)

Von den aufgeführten Skalen ist die Newcastle-Scale (Carney et al. 1965) die bekannteste. Von der Newcastle-Gruppe wurden mehrere Skalen entwickelt: eine zur Differenzierung endogener und neurotischer Depressionen (Carney et al. 1965), eine prognostische Skala bezüglich Verlauf und Ausgang (Kerr et al. 1972) und eine Skala zur Bestimmung der therapeutischen Ansprechbarkeit (Carney et al. 1965). Die Newcastle-Scale zur Differentialdiagnose liegt in einer längeren und einer Kurzform vor. Die längere Form enthält die achtzehn Items, für die sich nach Hauptkomponentenanalyse eine positive Korrelation mit der Diagnose 'endogene Depression' bzw. 'neurotisch/reaktive Depression' ergeben hat (vgl. Tab. 1). Die Kurzform enthält die zehn Items, die sich nach multipler Regressionsanalyse als besonders aussagekräftig für eine differentialdiagnostische Vorhersage erwiesen hatten (vgl. Tab. 2).

Die Skalen von Kiloh und Garside (1963) und Rosenthal und Gudeman (1967) enthalten ähnliche, aber mehr Items. Die

Skala von Rosenthal und Gudeman (1967) ist gegliedert nach Items zur gegenwärtigen Symptomatologie, Anamnese, Persönlichkeitszügen und Psychogenese.

Das Symptom-Sign-Inventory (Foulds 1960) und das LPD-Questionnaire (Pilowsky et al. 1969) bestehen aus Fragen, die der Patient mit "ja" oder "nein" zu beantworten hat. Nach dem LPD-Questionnaire lassen sich drei Klassen differenzieren: Klasse A enthält Patienten mit verschiedenen depressiven Reaktionen auf äußeren Streß, darunter vor allem neurotische bzw. reaktive Depressionen, aber auch Fälle mit psychotischer Dekompensation in Form von Wahnvorstellungen und Halluzinationen; Klasse B repräsentiert die endogene Depression; Klasse C die nicht-depressiven Patienten (Pilowsky et al. 1969). Neuere Daten von 1979 liegen vor. Insgesamt stellt sich aber das Bild der neurotisch/reaktiven Depression nicht so klar dar wie mit den anderen Bögen.

Neben diesen eigens zur Differentialdiagnose konstruierten Skalen scheinen auch noch einige andere zwischen endogenen und psychogenen Depressionen zu differenzieren, z.B. die noch nicht veröffentlichte DiaSiKa von v. Zerssen (Mombour 1976, Schmid et al. 1982), eventuell die FSCL (Fischer-Cornelssen 1980) - sie enthält zumindestens viele der Newcastle-Items - sowie das AMDP-System (AMDP 1981) und die SADD (WHO 1979).

Die Arbeit von Pietzcker (1983) zeigt, daß sich mit dem AMDP-System (AMDP 1981) endogene und psychogene Depressionen in gewissem Maße anhand ihrer Syndromprofile voneinander differenzieren lassen; darüber hinaus tragen Angaben der Anamnesebögen 1 bis 3 zu einer nosologischen Zuordnung bei. Eine entsprechende Differenzierung weist Gastpar (1983) für die SADD (WHO 1979) nach, wobei in dieser Arbeit anamnestische Angaben, z.B. zur prämorbidem Persönlichkeit, von vorneherein berücksichtigt wurden und von hohem differentialdiagnostischem Wert waren.

4.2.4 Verwendung von Persönlichkeitsfragebögen in der Diagnostik depressiver Erkrankungen

Persönlichkeitsfragebögen sind besonders in der nosologischen Diagnostik von erheblichem differentialdiagnostischem Wert. In Tabelle 19 nach v. Zerssen (1982) sind Persönlichkeitsinventare aufgeführt, die besonders zur Anwendung bei affektiven Störungen geeignet sind.

Eine erste Gruppe von Skalen mißt generelle Persönlichkeitsdimensionen wie z.B. Eysencks (1971) Extraversion und Neurotizismus oder Brengelmanns (1960) Extraversion, Neurotizismus und Rigidität.

Andere Skalen versuchen nach psychoanalytischer Konzeption bestimmte neurotische Züge zu erfassen, entweder einzeln wie z.B. beim 'Leyton Obsessional Inventory' (Cooper 1970), oder indem verschiedene Skalen (Zwanghaftigkeit, Oralität, Hysterie) in einem Fragebogen zusammengefaßt werden wie z.B. bei der 'Lazare-Klerman-Armor-Scale' (Lazare et al. 1966) oder beim PPI-N von v. Zerssen (1979/1980). Letztere versuchen, die verschiedenen neurotischen Typen voneinander zu differenzieren. Es ist allerdings zweifelhaft, ob dies überhaupt möglich ist. Arbeiten von Krauß (1972) bzw. von v. Zerssen (1982) ergaben nur geringe Unterschiede zwischen affektiven Neurosen (phobische, Angst- und depressive Neurosen) und anderen Neurosen (hysterische Neurosen, Zwangsneurosen). Zusätzlich unterschied die allgemeine Neurotizismusskala des PPI-N besser zwischen Neurotikern und Kontrollgruppen als die speziellen Skalen.

Eine dritte Gruppe von Skalen ist schließlich auf die prä-morbide Persönlichkeitsstruktur von endogenen Depressiven (Typus melancholicus) und Schizophrenen ausgerichtet: PPI-M, PPI-Sc (v. Zerssen 1979/1982).

Tab. 19: Skalen zur Messung der Persönlichkeit bei affektiven Störungen (nach v. Zerssen 1982)

Personality Theory	Personality Inventories (abbreviations)	Extraversion	Neuroticism	Psychoticism	Rigidity	Obsessionality	Hysteroid Type	Orality	Schizoidia	Melanch. Type	Cyclothymia	Asthenia
Eysenck's dimensional concepts	MPI	+	+									
	EPI	+	+									
	PEN	+	+	+								
	AUPI	+	+	+								
	ENR	+	+		+							
Psychoanalytic type concepts	LOIS					+						
	SHS					+						
	LKAS					+	+	+				
	PPI-N		+			+	+	+				
Psychiatric type concepts	PPI-ScSR								+	+		
	PPI-ScRR								+	+		
	PPI-MSR									+	+	
	PPI-MRR									+	+	
Sjöbring's dimensional concepts	MNTS						+				+	+

- MPI Maudsley Personality Inventory (Eysenck 1959)
 EPI Eysenck Personality Inventory (Eysenck & Eysenck 1971)
 PEN Psychoticism-Extraversion-Neuroticism-Scale (Eysenck & Eysenck 1968)
 AUPI (working title) (Baumann & Dittrich, 1976)
 ENR Extraversion-Neuroticism-Rigidity Questionnaire (Bregelmann & Bregelmann 1960)
 LOI Leyton Obsessional Inventory (Cooper 1970)
 SHS Sandler-Hazari-Scale (Sandler & Hazari 1960)
 LKAS Lazare-Klerman-Armor-Scale (Lazare et al. 1966)
 PPI- Premorbid Personality Inventory for (v. Zerssen 1979, 1980)
 N = Neurotics, Sc = Schizophrenics,
 M = Melancholics, SR = Self-rating,
 RR = Relatives' rating
 MNTS Marke-Nyman-Temperament-Scale (Nyman & Marke 1962)

4.3 Zusammenstellung von Fragebögen zur Unterscheidung von neurotischer und reaktiver Depression

Unter 2.2.3.3 wurde darauf hingewiesen, daß die aufgestellten Kriterien für die reaktive und neurotische Depression einer Bestätigung durch empirische Untersuchungen bedürfen. Die Literatur wurde deshalb nach einem entsprechenden Fragebogen durchgeschaut. Gleichzeitig war aufgrund der diagnostischen Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen, der Unsicherheit, ob die beiden Zustände überhaupt voneinander differenzierbar sind, und des mangelnden Interesses - die meisten Arbeiten konzentrieren sich auf eine Abgrenzung der endogenen Depression von den psychogenen Depressionen - zu erwarten gewesen, daß ein derartiger Fragebogen nicht auffindbar sein würde. Bei der Befunderhebung wird man deshalb auf eine Kombination verschiedenster Fragebögen zurückgreifen müssen. Dabei bietet, wie unter 2.2.3.3 ausführlich erörtert, das Querschnittsbild wenig differentialdiagnostische Hinweise. Die Diagnose wird sich vielmehr auf die Bewertung des auslösenden Ereignisses, die prämorbid Persönlichkeit und die Entwicklungsgeschichte stützen müssen.

In Tabelle 20 sind noch einmal alle Fragebögen zusammengefaßt, die eine möglichst umfassende Befunderhebung ermöglichen. Dabei darf die Fülle der Bögen nicht darüber hinwegtäuschen, daß wichtige Aspekte wie Ätiologie und Entwicklungsgeschichte von den einzelnen Fragebögen nicht oder nur lückenhaft erfaßt werden können. Allenfalls können die unter den entsprechenden Gesichtspunkten zusammengestellten Items die Grundlage zur Entwicklung eines speziellen Fragebogens zur Differentialdiagnose neurotische versus reaktive Depression bilden.

Ätiologische Gesichtspunkte werden überhaupt erst in einigen der neueren psychopathologischen Skalen, wie dem

AMDP-System (AMDP 1981), der DiaSiKa (v. Zerssen), der SADD (WHO 1979) und der FSCL (Fischer-Cornelssen 1980), sowie in den Fragebögen zur Differentialdiagnose endogene versus neurotisch/reaktive Depression berücksichtigt. Dabei beschränkt sich die Befunderhebung in der FSCL (Fischer-Cornelssen 1981) allerdings auf die Dokumentation von An- oder Abwesenheit von äußerem Streßeinfluß. Auch die Skalen zur Differentialdiagnose endogene versus psychogene Depressionen fordern lediglich die Existenz einer adäquaten Psychogenese, also eines Ereignisses oder einer Konfliktsituation, die den Ausbruch der Krankheit adäquat erklärt. Damit ist der zeitliche und ursächliche Zusammenhang für die Differentialdiagnose reaktive versus neurotische Depression aber nicht ausreichend geklärt (vgl. Tab. 12). Es wird nicht deutlich, ob der Beginn akut oder schleichend war, ob die Symptome unmittelbar in Anschluß an ein Ereignis auftraten oder in zeitlichem Abstand davon. Unklar bleibt ebenfalls, ob ein direkter ursächlicher Zusammenhang besteht oder ob, wie im Falle der neurotischen Depression, das Ereignis z.B. als Versuchungs- oder Versagungssituation nur auslösend gewirkt hat.

Umfassender, aber nicht vollständig, ist die Befunderhebung in den anderen oben bereits erwähnten Skalen. Im AMDP-System (AMDP 1981) kann man auf dem Anamnesebogen 2 einerseits vermutete krankheitsfördernde Einflüsse einschließlich der Dauer ihres Bestehens festhalten, zum anderen in Anlehnung an die Life-Event-Konzeption Veränderungen der Lebenssituation mit Bezug auf den entsprechenden Lebensabschnitt. Auf dem Anamnesebogen 3 kann man unter dem Item 'aktuelle Krankheitsmanifestation' einen eventuellen zeitlichen Zusammenhang mit einer seelischen Belastung dokumentieren und die Dauer vom Beginn der Symptomatik bis zur stationären Einweisung festhalten.

Die SADD (WHO 1979) differenziert bezüglich des auslösenden Ereignisses zwischen länger dauernder seelischer Belastung und akuter seelischer Belastung. Für die akute seelische Belastung wird explizit eine inhaltliche Beziehung zur Entwicklung der bestehenden Symptomatik gefordert. Die Bezeichnung 'akut' legt einen engen zeitlichen Zusammenhang nahe, wobei hier allerdings das Glossar einen Spielraum von 6 Monaten läßt. Weitere Items beschreiben, wie auch in der DiaSiKa (v. Zerssen), den Beginn der Symptomatik, akut oder allmählich schleichend, andere wiederum die Dauer der Symptomatik bis zur Einweisung.

In der Formulierung sehr präzise, wird in der DiaSiKa (v. Zerssen) unter Item 140 ein eindeutiger zeitlicher und verständlicher Zusammenhang zur situativen Belastung gefordert, nicht nur in bezug auf die Auslösung, sondern auch bezüglich der Prägung des depressiven Bildes und des Herausgeratens aus der Störung, was ein Kriterium für die reaktive Depression wäre (vgl. 2.2.3 Unterscheidungskriterien für die reaktive und neurotische Depression). Gleichzeitig wird aber im Glossar bei der Beurteilung der situativen Belastung auf die Berücksichtigung der Primärpersönlichkeit hingewiesen, so daß die neurotische Depression nicht eindeutig ausgeschlossen ist.

Zur Entwicklungsgeschichte tragen ebenfalls Items aus den genannten Skalen bei. Es besteht die Möglichkeit, frühere depressive Episoden, andere psychiatrische Erkrankungen sowie die Familienanamnese festzuhalten. Auf dem Anamnesebogen 3 des AMDP-System (AMDP 1981) kann man neben der früheren Krankheitsmanifestation auch ihre Verlaufsform dokumentieren, einen Vergleich im Schweregrad zur jetzigen Manifestation ziehen und einen Wechsel der Symptomatik beschreiben.

In der DiaSiKa (v. Zerssen) sind die Items nach dreistelligen ICD-Kategorien (ICD-8 1968) aufgegliedert. Entsprechend kann man den Charakter einer früheren depressiven

Erkrankung festhalten, ob es sich um eine affektive Psychose, eine reaktive Psychose oder um eine Neurose handelte. Weitere Items beschreiben den bisherigen Verlauf der Erkrankung.

Ätiologisch besonders aufschlußreich bezüglich der Genese neurotischer Depressionen sind auch die Items zur kindneurotischen Symptomatik. Belastungen in der Kindheit, wie Tod des Vaters oder der Mutter, Trennung oder Scheidung der Eltern oder Heimaufenthalt, kann man auf dem Anamnesebogen 2 des AMDP-Systems (AMDP 1981) dokumentieren. Entsprechende Items, 'eindeutige Störung der Familiensituation in der Kindheit' (DiaSiKa, v. Zerssen), 'frühe Trennung' und 'belastende Ereignisse in der Kindheit' (SADD, WHO 1979), sind auch in der DiaSiKa (v. Zerssen) und in der SADD (WHO 1979) enthalten. Eine manifeste kindneurotische Symptomatik kann man nur in der SADD (WHO 1979) und im AMDP-System (AMDP 1981) festhalten.

Zur prämorbiden Persönlichkeit sind in Tab. 20 entsprechend der Fragestellung nur die Bögen aufgestellt, die entweder generelle Persönlichkeitsdimensionen wie z.B. Neurotizismus und Extroversion messen oder die drei neurotischen Züge Analität, Oralität und Hysterie untersuchen. Empfehlenswert ist besonders der PPI-N von v. Zerssen (1979, 1980). Er kombiniert eine allgemeine Neurotizismusskala mit speziellen Skalen zur Analität, Oralität und zum hysterischen Charakter. Darüber hinaus hat er den Vorteil, daß er streng zwischen präorbider Persönlichkeit und aktueller Symptomatik trennt.

Zum psychopathologischen Querschnitt sind die unter 4.2.1 aufgeführten Skalen noch einmal zusammengestellt, ebenso die Skalen zur nosologischen Differenzierung endogener von neurotisch/reaktiver Depression.

Eine längerfristige Verlaufsdiagnostik ist grundsätzlich

mit allen Depressionsskalen möglich. Sie werden in Tab. 20 unter dem Stichwort 'Verlauf' nicht noch einmal extra aufgeführt, lediglich die MADRS (Montgomery, Asberg 1979) und der TSD (Obermair et al. 1981), die speziell unter diesem Aspekt konstruiert worden sind.

Tab. 20: Zusammenstellung von Fragebögen zur Differentialdiagnose neurotische versus reaktive Depression

Skala	Bemerkungen
AUSLÖSUNG	
FSCL (Fischer-Cornelssen 1980)	Item: externer Streßeinfluß
AMDP (1981)	Anamnesebogen 2: Item 22. vermutete krankheitsfördernde Einflüsse, Dauer Item 23: Veränderungen der Lebenssituation Anamnesebogen 3: Item 26: aktuelle Krankheitsmanifestation: Belastung innerhalb 3 Wochen vor Beginn, Dauer bis zur Aufnahme
DiaSiKa (v. Zerssen)	Item 140: eindeutiger zeitlicher und verständlicher Zusammenhang mit einer situativen Belastung (sowohl Auslösung als auch Prägung und Herausgeraten aus der Störung), Item 151: kein zeitlicher und verständlicher Zusammenhang mit einer situativen Belastung
SADD (WHO 1979)	Item 49: langdauernde seelische Belastung Item 50: akute seelische Belastung
BEGINN	
DiaSiKa (v. Zerssen)	Item 126: akuter Beginn Item 127: schleichender Beginn Item 128/129: Dauer der aktuellen Krankheitsmanifestation bis zur Einweisung </> ein Monat Item 135-138: (bisherige) Verlaufsform
SADD (WHO 1979)	Item 56: Art des Beginns Item 57: Dauer des derzeitigen Zustands
AMDP (1981)	Anamnesebogen 3: Item 26: aktuelle Krankheitsmanifestation: Dauer bis zur Aufnahme

Skala	Bemerkungen
PSYCHOPATHOLOGISCHER QUERSCHNITT	
multidimensional	
BPRS (Overall, Gorham 1962)	Fremdbeurteilung
WPRS (Wittenborn 1964)	Fremdbeurteilung
IMPS (Lorr, Klett 1966)	Fremdbeurteilung
CPRS (Asberg et al. 1978)	Fremdbeurteilung
FSCL (Fischer-Cornelssen 1980)	Fremdbeurteilung
AMDP (AMDP 1981)	Fremdbeurteilung
DiaSika (v. Zerssen, zu veröffentlichen)	Fremdbeurteilung
PSE (Wing 1973)	Fremdbeurteilung
SADS (Endicott, Spitzer 1978)	Fremdbeurteilung
neurotische Symptomatik	
PSKB (Rudolf 1979)	Fremdbeurteilung
FSCL (Fischer-Cornelssen 1980)	Fremdbeurteilung
MHQ (Crown, Crisp 1966)	Selbstbeurteilung
SCL/90/R (Derogatis 1977/1981)	Selbstbeurteilung
Self-Report-Inventory for Assessing Dysphoria (Baugher, Wittenborn 1980)	Selbstbeurteilung
depressive Symptomatik	
HAMD (Hamilton 1960/1967)	Fremdbeurteilung
DSI (Zung 1972)	Fremdbeurteilung
Depression Rating Scale (Wechsler 1963)	Fremdbeurteilung
Rating Scale for Depressive Illness (Cronholm et al. 1974)	Fremdbeurteilung
MADRS (Montgomery, Aseberg 1979)	Fremdbeurteilung
SADD (WHO 1979)	Fremdbeurteilung
BDI (Beck et al. 1961)	Selbstbeurteilung
SDS (Zung 1965)	Selbstbeurteilung
HDS (v. Kerekjarto 1969)	Selbstbeurteilung
PD-S/PD-S' bzw. D-S/D-S' (v. Zerssen 1976)	Selbstbeurteilung
TSD (Obermair et al. 1981)	Selbstbeurteilung
CRS (Carroll et al. 1981)	Selbstbeurteilung

Skala	Bemerkungen
NOSOLOGISCHE ABGRENZUNG ENDOGENE – NEUROTISCHE/REAKTIVE DEPRESSION	
Kiloh & Garside (1963)	Fremdbeurteilung
Newcastle-Scale (Carney et al. 1965)	Fremdbeurteilung
Rosenthal & Gudeman (1967)	Fremdbeurteilung
Symptom-Sign-Inventory (Foulds 1960/1968)	Selbstbeurteilung
LPD (Pilowsky et al. 1969)	Selbstbeurteilung
PRÄMORBIDE PERSONLICHKEIT	
MPI (Eysenck 1959)	Extraversion, Neurotizismus
EPI (Eysenck, Eysenck 1971)	Extraversion, Neurotizismus
PEN (Eysenck, Eysenck 1968)	Extraversion, Neurotizismus, Psychotizismus
AUPI (Baumann, Dittrich 1976)	Extraversion, Neurotizismus, Psychotizismus
ENR (Bengelmann, Bren- gelmann 1960)	Extraversion, Neurotizismus, Rigi- dität
LKAS (Lazare et al. 1966)	Analität, Hysterie, Oralität
PPI-N (v. Zerksen 1979/1980)	Analität, Hysterie, Oralität, Neurotizismus
ENTWICKLUNGSGESCHICHTE	
frühere depressive Erkrankungen	
AMDP (1981)	Anamnesebogen 3: Item 25: frühere Krankheitsmanifestation, Verlaufs- form, Schwere der Erkrankung seit Erstmanifestation, Wechsel der Sym- ptomatik
DiaSika (v. Zerksen)	Item 167: affektive Psychose (ICD-Nr. 296) Item 169: reaktive Psychose (ICD-Nr. 298) Item 170: Neurose (ICD-Nr. 300) Item 135-138: (bisherige) Verlaufsform
SADD (WHO 1979)	Item 51: Zahl der vorausgegangenen depressiven Episoden
frühere psychiatrische Erkrankungen	
AMDP (1981)	Anamnesebogen 3: Item 32: abgrenzbare psychiatrische Manifestationen

Skala	Bemerkungen
DiaSika (v. Zerssen)	Item 164: Demenz bei präseniler und seniler Hirnkrankheit oder andere organische Psychose (ICD-Nr. 290, 292-294) Item 165: Alkoholpsychose (ICD-Nr. 291) Item 166: Schizophrenie (ICD-Nr. 295) Item 168: Paranoides Syndrom (ICD-Nr. 297) Item 170: Neurose (ICD-Nr. 300) Item 171: Psychopathie (ICD-Nr. 301) Item 172: Organische Wesensveränderung (ICD-Nr. 309)
SADD (WHO 1979)	Item 47: Psychopathologische Symptome, Syndrome und Erkrankungen im Erwachsenenalter von anderer Art als gegenwärtige affektive Störungen Item 48: auffällige prämorbid Persönlichkeitszüge
familiäre Belastung	
AMDP (1981)	Anamnesebogen 3: Item 28: psychotische Erkrankungen in der Familie Item 29, 30: Suizide/-versuche bei Angehörigen
DiaSika (v. Zerssen)	Item 173: familiäre Belastung mit affektiven Psychosen (ICD-Nr. 296) Item 174: mit Schizophrenie (ICD-Nr. 295) und paranoiden Psychosen (ICD-Nr. 297) Item 175: mit schizoauffektiven bzw. atypischen endogenen Psychosen (ICD-Nr. 295.7) Item 176: mit Neurosen und Psychopathien (ICD-Nr. 300, 301) Item 177: mit Alkoholismus (ICD-Nr. 303)
SADD (WHO 1979)	Item 41: Auftreten von psychiatrischen (affektiven) Erkrankungen bei Blutsverwandten Item 42: Auftreten anderer psychiatrischer Erkrankungen bei Blutsverwandten
gestörte Kind/Eltern-Beziehung	
AMDP (1981)	Anamnesebogen 2: Item 23: Veränderung der Lebenssituation
DiaSika (v. Zerssen)	Item 183: eindeutige Störung der Familiensituation in der Kindheit

Skala	Bemerkungen
SADD (WHO 1979)	Item 43: frühe Trennung Item 44: belastende Ereignisse in der Kindheit
kindneurotische Symptome	
AMDP (1981)	Anamnesebogen 3: Item 27: neuroti- sche Primordialsymptomatik
SADD (WHO 1979)	Item 45: Psychopathologische Sympto- me in der Kindheit Item 46: Psychopathologische Sympto- me im Jugendalter
VERLAUF	
MADRS (Montgomery, Asberg 1979)	längerfristig
TSD (Obermair et al. 1981)	längerfristig
Bf/Bf' (v. Zerssen 1976)	über kürzere Abstände

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über derzeit wichtige Klassifikationsschemata depressiver Erkrankungen und erarbeitet auf diesem Hintergrund Definitionen und Unterscheidungskriterien für die neurotische und reaktive Depression. Zusätzlich werden Fragebögen zur Diagnostik depressiver Erkrankungen auf ihre differentialdiagnostische Verwendbarkeit hin überprüft.

Unzufriedenheit mit traditionellen Klassifikationen depressiver Erkrankungen und Kontroversen besonders um das 'endogen'-'reaktiv'-Konzept mit seinen hypothetischen ätiologischen Implikationen haben in den letzten zwanzig Jahren zu einer Vielzahl miteinander konkurrierender Schemata geführt. Zum Teil greift man auf neue Einteilungskriterien zurück; für die entsprechenden Kategorien werden neue Bezeichnungen eingeführt, ohne daß die umstrittenen Begriffe 'endogen', 'reaktiv', 'psychotisch' und 'neurotisch' aus der Diagnostik verschwunden wären. Eine Vergleichbarkeit der Schemata untereinander wird dadurch zusätzlich erschwert. Trotz verschiedenster Ansätze hat sich bisher kein Schema als überlegen erwiesen.

Die Klassifikation von Kielholz (1969) beruht als einzige noch auf einer nosologischen Einteilung. Sie trennt nach ätiologischen Gesichtspunkten psychogene Depressionen von endogenen und somatogenen Depressionen und differenziert unter den psychogenen Depressionen die neurotische, reaktive und die Erschöpfungsdepression.

Zahlreiche Autoren haben versucht, die klinische Beobachtung durch Methoden der multivariaten Analyse zu ersetzen, um darauf statistisch besser abgesicherte und validere Klassifikationen aufzubauen. Die Newcastle-Gruppe weist eine bimodale Verteilung von endogener und neurotischer Depression nach (Carney et al. 1965). Die Differenzierung

erfolgt nach Symptomatologie, Verlauf, Auslösung und prä-morbider Persönlichkeit. Ein der endogenen Depression vergleichbares Cluster findet sich auch in der Typologie von Paykel (1971), zusätzlich eine weitere Unterteilung der nicht-endogenen bzw. nicht-psychotischen Gruppe in 'ängstlich Depressive', 'feindselig Depressive' und 'junge Depressive mit Persönlichkeitsstörungen'. Wenn auch der Einfluß der multivariaten Analyse - zum großen Teil aufgrund ungelöster methodischer Probleme - bisher gering ist, zeichnen sich immerhin starke Übereinstimmungen bezüglich der endogenen Depression ab (Kendell 1976, Blashfield, Morey 1979, Mendels, Cochrane 1968). Unbefriedigend sind dagegen die Ergebnisse bezüglich der neurotischen Depression. Einig ist man sich lediglich, daß sie eine heterogene Gruppe aus verschiedenen Störungen darstellt.

Im Gegensatz zur Arbeit von Carney et al. (1965) stehen die Untersuchungen von Kendell (1968) und Kendell und Gourlay (1970). Zwar kristallisieren sich auch hier zwei Typen - 'psychotische' und 'neurotische Depression' - heraus, ohne aber die entsprechende bimodale Verteilung aufzuweisen. Kendell (1976) ordnet die depressiven Erkrankungen deshalb auf einem Kontinuum an mit den beiden Typen als entgegengesetzte Pole. Eine alternative, ebenfalls dimensionale Einteilung ist die von Eysenck (1970). Aufgrund des binären Charakters von psychotischer und neurotischer Depression plädiert er für eine zweidimensionale Darstellung der depressiven Zustände mit 'psychoticism' und 'neuroticism' als orthogonale Achsen. In dem Für und Wider um eine dimensionale bzw. kategoriale Klassifikation scheint die dimensionale Klassifikation eine präzisere Zuordnung zu ermöglichen, die kategoriale aber praktikabler zu sein (Kendell 1975, Andreasen 1982).

Das 'unipolar'-'bipolar'-Konzept trennt monophasische und periodische Depressionen (unipolar) von zirkulären Verlaufsformen (bipolar) (Angst, Perris 1968). Es ist weit-

gehendst akzeptiert worden und hat dementsprechend Eingang in die verschiedensten Klassifikationen gefunden (Kielholz 1969, Winokur 1973, Roth 1978, RCD 1978, DSM-III 1980, ICD-9 1979). Nachteilig wirkt sich allerdings die unterschiedliche Verwendung des Konzepts aus. Einige Autoren (Winokur 1973) beschränken die Unterteilung nicht auf die endogenen Depressionen, wie von Angst und Perris (1968) gefordert, sondern wenden sie auf alle depressiven Zustände an.

Auf neuen Einteilungskriterien beruhen das 'primary'- 'secondary'-Konzept und Winokurs Einteilung (1973). Das 'primary'- 'secondary'-Konzept differenziert depressive Zustände chronologisch nach ihrer 'natürlichen Entwicklung'. Patienten mit 'primary depression' weisen in ihrer Vorgeschichte keine anderen psychiatrischen Erkrankungen auf, während Patienten mit 'secondary depression' bereits nicht-affektive psychiatrische Erkrankungen durchgemacht haben. Das 'primary'- 'secondary'-Konzept geht ein in die Diagnostikkriterien von Feighner et al. (1972) und in die RDC (1978) und wird von Winokur (1973) und Roth (1978) übernommen. Im Vergleich mit den traditionellen Konzepten wird 'primary' oft gleich 'endogen' gesetzt (Akiskal 1978), 'secondary' gleich 'neurotisch' (Winokur 1972), zu Unrecht, wie Arbeiten von Woodruff (1967) und Nelson (1980) belegen. Problematisch ist bisher die Validierung des Konzepts, kontrovers die Diskussion besonders um 'secondary depression'. Nach dem vorläufigen Stand der Dinge scheint das 'primary'- 'secondary'-Konzept keine klinische Relevanz zu haben und sollte der Forschung vorbehalten bleiben (Andreasen 1982). Ähnlich verhält es sich mit Winokurs Klassifikation (Winokur 1973). Sie differenziert unter den 'primary'- 'unipolar'-Depressiven nach familiärer Belastung mit Depression einerseits, Alkohol und antisozialer Persönlichkeit andererseits: 'pure depressive disease', 'depression spectrum disease' und 'sporadic

depressive disease'. Der Vorteil dieser neuen Klassifikationen liegt in ihrer klaren Definition; die therapeutische und prognostische Aussagekraft dagegen ist begrenzt (Andreasen 1982).

Integriert werden die verschiedenen Konzepte in dem Schema von Roth (1978): 'primary'-'secondary', 'unipolar'-'bipolar' sowie die Ergebnisse der Newcastle-Gruppe und von Paykel (1971).

Ein- und Ausschlußkriterien, wie sie vielfach zur Erhöhung der Reliabilität gefordert worden waren (Kendell 1975), werden zum ersten Mal von Feighner et al. (1972) für 'primary' und 'secondary depression' verwirklicht, für die RDC (1978) dann für alle psychiatrischen Störungen erarbeitet. In der RDC (1978) lassen sich depressive Erkrankungen als 'major depressive disorder', 'minor depressive disorder', 'intermittent depressive disorder', 'cyclothymic personality', 'labile personality' und 'Briquet's disorder' diagnostizieren.

Die DSM-III (1980) bietet im Gegensatz zu den genannten Klassifikationen die Möglichkeit der multiaxialen Diagnostik. Die einzelnen Kategorien sind ebenfalls mit Ein- und Ausschlußkriterien versehen, zusätzlich mit einer kurzen klinischen Beschreibung. Depressive Erkrankungen lassen sich klassifizieren als: 'major depression', 'dysthymic disorder', 'atypical depression' und 'adjustment disorder with depressed mood' als Reaktion auf einen identifizierbaren Stressor. Der Begriff der 'neurotic depression' wurde aufgrund der zahlreichen Kontroversen eliminiert.

Der ICD-9 (1979) wirft man im Vergleich zur RDC (1978) und zur DSM-III (1980) vor, von sämtlichen Neuerungen unberührt zu sein (Andreasen 1982). Sie hält an der Dreiteilung 'Psychose' - 'Neurose' - 'psychogene Reaktion' fest. Nachteilig wirken sich besonders die fehlenden Ein- und

Ausschlußkriterien und zahlreiche Überlappungen unter den Subkategorien aus. Unklar in der Formulierung ist die Beschreibung der neurotischen Depression, die Abgrenzung zu den psychogenen Depressionen unscharf. Psychogene Reaktionen kann man als 'akute Belastungsreaktion' ('acute reaction to stress') im Sinne einer Katastrophenreaktion oder als 'Anpassungsstörung' ('adjustment reaction') klassifizieren. Die 'Anpassungsstörung' ('adjustment reaction') ist dabei keineswegs mit der 'adjustment disorder' aus der DSM-III (1980) identisch. 'Adjustment disorder' umfaßt neben der 'Anpassungsstörung' auch die 'akute Belastungsreaktion' und ist nicht auf Patienten ohne zugrundeliegende psychische Störungen beschränkt. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist möglich.

Der Überblick über die verschiedenen Klassifikationen depressiver Erkrankungen spiegelt bereits die Problematik der neurotischen bzw. reaktiven Depression wider. In der Vergangenheit wurde das Konzept scharf angegriffen. Eine Arbeit von Winokur (1964) weist die geringe Reliabilität der Diagnose 'reaktive Depression' nach; Untersuchungen von Akiskal (1978) und Klerman (1979) zeigen, daß der Begriff der 'neurotischen Depression' verschiedene Bedeutungen umfaßt, die sich nicht ohne weiteres decken. Entsprechend resultieren daraus unterschiedliche therapeutische und prognostische Konsequenzen.

In seiner historischen Entwicklung wurde der Neurosebegriff unterschiedlich weit gefaßt; einige Autoren bemühten sich dann um seine Präzisierung (Binder 1962, Langen 1973, Bräutigam 1978), andere lehnen ihn grundsätzlich ab (Schneider 1963, Weitbrecht 1973, Wieck 1977). Dem Begriff der neurotischen Depression kann eine psychoanalytische Sichtweise zugrunde liegen, andere wiederum subsumieren darunter alle affektiven Störungen, die nicht-endogen bzw. nicht-psychotisch sind. Der Begriff der reaktiven Depression spiegelt vor allem eine ätiologische Kon-

troverse wider. Entsprechend zeichnet sich international ein unterschiedlicher Gebrauch der Diagnosen ab. Die Briten verwenden 'endogen' und 'psychotisch' bzw. 'neurotisch' und 'reaktiv' synonym, wobei 'reaktiv' im Sinne von Gillespie (1926) zu verstehen ist. Die Amerikaner stellen die Begriffe 'psychotisch' und 'neurotisch' einander gegenüber, je nach Desintegration der Persönlichkeit bzw. Störung der geistigen Funktion. Endogene und reaktive Depressionen werden nach Auslösung und Symptomatik differenziert. Dabei werden aber die Begriffe 'neurotisch' und 'reaktiv' unscharf nebeneinander gebraucht. Die Skandinavier verwenden den Begriff 'reaktiv', um eine Psychose zu kennzeichnen, die durch ein äußeres Ereignis ausgelöst worden ist. Die deutsche Psychiatrie wiederum differenziert mit Kielholz (1971) die reaktive und neurotische Depression wie auch die Erschöpfungsdepression bzw. einfache Fehlentwicklung als Unterformen der psychogenen Depression. Ähnlich auch die französische Psychiatrie, ohne sie aber als eigene Diagnostikkategorien zu konstituieren.

Definitionen und Unterscheidungskriterien für die reaktive und neurotische Depression sind deshalb anhand der deutschsprachigen Literatur erarbeitet worden. Mit Kielholz (1971), Binder (1962) und Bräutigam (1978) läßt sich die neurotische Depression zusammenfassend definieren als emotionale und kognitive Entwicklungsstörung aufgrund unbewußter verdrängter frühkindlicher Konflikte, die zeitweise oder dauernd mit einer depressiven Symptomatik einhergeht. Die reaktive Depression dagegen ist gekennzeichnet als verständliche Reaktion auf ein äußeres belastendes Ereignis. Es besteht ein direkter zeitlicher und ursächlicher Zusammenhang.

Weiteres Unterscheidungsmerkmal ist für Kielholz (1971) und Binder (1962) die ambivalente versus einheitliche

Affekteinstellung. Entsprechend beschreiben sie als dritte psychogene Depression die 'Erschöpfungsdepression' (Kielholz 1971) bzw. die 'einfache Fehlentwicklung' (Binder 1962). Ihr liegt eine länger belastende Situation zugrunde mit einer tiefergreifenden Störung als bei der reaktiven Depression, ohne aber die neurotischen Verarbeitungsmechanismen der neurotischen Depression. Die Problematik ist bewußt, die Affekthaltung einheitlich. Andere Autoren dagegen sind mit Bräutigam (1978) der Auffassung, daß immer, auch bei der reaktiven Depression, nach einem ambivalenten Konflikt zu suchen sei. Sie unterscheiden nur zwischen reaktiver und neurotischer Depression.

Damit erweist sich die Stellung der Erschöpfungsdepression bzw. der einfachen Fehlentwicklung als problematisch. Sie hat formal als eigene Diagnostikkategorie keine Existenzberechtigung, als sie nicht durch eigene Kriterien definiert ist. Legt man hier ebenfalls eine ambivalente Haltung zugrunde, wäre sie der neurotischen Depression zuzurechnen; geht man von einer einheitlichen Affekteinstellung aus und faßt unter das auslösende Ereignis nicht nur punktuelle Ereignisse, sondern auch länger andauernde Situationen, die allerdings zeitlich abgrenzbar und inhaltlich bestimmbar sein müssen, wäre sie der reaktiven Depression zuzuordnen.

Die jeweiligen Diagnostikkriterien für die reaktive und neurotische Depression lassen sich nun folgendermaßen zusammenfassen. Ursache der reaktiven Depression ist ein belastendes Ereignis bzw. eine Situation, die zeitlich abgrenzbar und inhaltlich bestimmbar ist. Es besteht ein zeitlich unmittelbarer Zusammenhang, was den Ausbruch als auch das Herausgeraten aus der Depression betrifft. Die Problematik ist dem Patienten bewußt; die depressiven Gedankeninhalte werden von dem belastenden Ereignis geprägt. Die Depression ist ein akutes Ereignis von höch-

stens einigen Monaten Dauer. Die prämorbidie Persönlichkeit ist unauffällig.

Bei den neurotischen Depressionen hat ein eventuell vorausgehendes Ereignis nur auslösenden Charakter im Sinne einer Versuchungs- oder Versagungssituation. Ursache sind verdrängte frühkindliche Konflikte, die eine Entwicklungsstörung der Persönlichkeit zur Folge haben. Entsprechend lassen sich oft gestörte Kind-Eltern-Beziehungen und neurotische Brückensymptome wie Enuresis, pavor nocturnus usw. in der Anamnese nachweisen. Die prämorbidie Persönlichkeit ist gestört, in ihrem Erleben konflikthaft und ambivalent. Im Längsschnitt ist die neurotische Depression aufgrund des chronischen oder wellenförmigen Verlaufs von der reaktiven Depression trennbar. Unterschiede im Querschnittsbild bestehen dagegen nicht; eine neurotische Symptomatik kann bei den neurotischen Depressionen eventuell ausgeprägter sein. Im Schweregrad variieren beide Formen gleichermaßen weit, ohne aber psychotische Ausmaße zu erreichen.

Die genannten Kriterien bedürfen einer empirischen Überprüfung. Folgende Punkte haben sich in der Diskussion der verschiedenen Autoren als kritisch herausgestellt. Problematisiert wird die Beurteilung des auslösenden Ereignisses in seiner ursächlichen Bedeutung. Oft ist es schwierig abzuwägen, ob die Depression stärker vom belastenden Ereignis oder von der jeweiligen Persönlichkeit geprägt ist. Andere Umweltfaktoren fließen ebenfalls ein und können die Depression pro longieren oder zur Lösung beitragen. Unklar ist vorläufig, ob die prämorbidie Persönlichkeit reaktiv Depressiver wirklich unauffällig ist, oder ob bereits eine Störung etwa im Sinne eines Ich-bezogenen, sensitiv-verschlossenen Charakters vorliegt. Zu untersuchen wäre weiterhin ein eventuell unterschiedlicher Ausprägungsgrad neurotischer Symptomatik bei der reaktiven und neurotischen Depression. Übergänge und Verflechtungen

der einzelnen Krankheitsbilder - reaktive Depression, neurotische Depression, depressive Entwicklung - untereinander wie auch mit den Persönlichkeitsstörungen weisen darauf hin, daß strenge Abgrenzungen nicht am Platze sind.

Grundsätzlich sind die reaktive und die neurotische Depression nosologisch abzugrenzen von: Prodromalstadien endogener und organischer Psychosen, psychosomatischen Erkrankungen bei entsprechender vegetativer Symptomatik, Persönlichkeitsstörungen, Normvarianten trauriger Verstimmung und besonders von der endogenen Depression. Unterscheidungskriterien sind die vermutlich hereditäre und biologisch fundierte Entstehung der endogenen Depression bzw. der unspezifisch auslösende Charakter belastender Ereignisse, das Querschnittsbild, der Typus melancholicus der prämorbidn Persönlichkeit, ein zeitlich umschriebener, eventuell periodischer oder zirkulärer Verlauf mit endogen depressiven bzw. manischen Phasen in der Vorgeschichte sowie die familiäre Belastung.

Der Versuch, die reaktive und die neurotische Depression nach den anderen Diagnostikschemas zu klassifizieren, ergab in den seltensten Fällen eindeutige Zuordnungen. Die am ehesten zutreffenden Diagnosen wurden tabellarisch zusammengestellt (Tabelle 13).

Beurteilungsskalen zur Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen liegen als Selbst- und als Fremdbeurteilungsskalen vor. Sie erlauben eine Erhebung des psychopathologischen Querschnittbefundes - je nach Fragestellung mit multidimensionalen, psychoneurotischen oder Depressionsskalen - und eine Verlaufs- und Therapiekontrolle, eine syndromatologische Zuordnung wie eine nosologische Differenzierung zwischen endogener und neurotisch/reaktiver Depression und schließlich die Beurteilung der prämorbidn Persönlichkeit. Ein Fragebogen zur Differentialdiagnose reaktive versus neurotische Depression liegt, wie zu erwarten war, nicht

vor, Die Diagnostik wird sich deshalb auf eine Kombination verschiedener Bögen zu stützen haben. Eine Reihe von Skalen liegen zur Beurteilung des Querschnittsbildes vor, ebenso zur prämorbidn Persönlichkeit. Besonders geeignet scheint dabei der PPI-N von v. Zerssen (1979, 1980). Er kombiniert eine allgemeine Neurotizismusskala mit Skalen zur Analität, Oralität und zum hysterischen Charakter und beschränkt sich streng auf die prämorbidn Persönlichkeit. Im Gegensatz dazu werden weitere wichtige differentialdiagnostische Aspekte wie Ätiologie und Entwicklungsgeschichte von den gängigen Bögen nur unzureichend erfaßt. Lediglich neuere Bögen wie das AMDP-System (AMDP 1981), die SADD (WHO 1979) und die DiaSiKa (v. Zerssen, zu veröffentlichen) enthalten einige wertvolle Items.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Abraham, K.: Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido (1916). In: Psychoanalytische Studien, Bd. I, Fischer, Frankfurt/Main 1969.
2. Abraham, K.: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen (1924). In: Psychoanalytische Studien, Bd. I, Fischer, Frankfurt/Main 1969.
3. Abraham, K.: Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände (1912). In: Psychoanalytische Studien, Bd. II, Fischer, Frankfurt/Main 1971.
4. Ackerknecht, E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 2. Aufl., 1967.
5. Akiskal, H.S., Bitar, A.H., Puzantian, V.R., Rosenthal, T.L., Walker, P.W.: The nosological status of neurotic depression. Arch. Gen. Psychiat., 1978, 35, 756-766.
6. Akiskal, H.S., Rosenthal, R.H., Rosenthal, T.L., Kashgarian, M., Khani, M.K., Puzantian, V.R.: Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic and secondary depressions. Arch. Gen. Psychiat., 1979, 36, 635-643.
7. Akiskal, H.S.: Dysthymic disorder. Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. Am. J. Psychiat., 1983, 140, 11-20.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders. Ed. 1: DSM-I, American Psychiatric Association, Washington D.C. 1952.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders. Ed. 2: DSM-II, American Psychiatric Association, Washington D.C. 1968.
10. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders. Ed. 3: DSM-III, American Psychiatric Association, Washington D.C. 1980.

11. Andreasen, N.C., Winokur, G.: Newer experimental methods for classifying depression (Report from the NIMH collaborative pilot study). Arch. Gen. Psychiat., 1979, 36, 447-452.
12. Andreasen, N.C., Winokur, G.: Secondary depression: Familial, clinical and research perspectives. Am. J. Psychiat., 1979, 136, 62-66.
13. Andreasen, N.C., Wasek, P.: Adjustment disorders in adolescents and adults. Arch. Gen. Psychiat., 1980, 37, 1166-1170.
14. Andreasen, N.C., Grove, W.M.: The classification of depression: Traditional versus mathematical approaches. Am. J. Psychiat., 1982, 139, 45-52.
15. Andreasen, N., Hoenk, P.R.: The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. Am. J. Psychiat., 1982, 139, 584-590.
16. Andreasen, N.C.: Concepts, diagnosis and classification. In: Paykel, E.S. (Ed.): Handbook of affective disorders. Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York 1982.
17. Angst, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogen depressiver Psychosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie. Heft 112. Springer, Berlin 1966.
18. Angst, J., Perris, C.: Zur Nosologie endogener Depressionen. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1968, 210, 373-386.
19. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie: AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Springer Berlin, Heidelberg, New York, 4. Aufl. 1981.
20. Asberg, M., Montgomery, S.A., Perris, C., Schalling, D., Sedvall, G.: A comprehensive psychopathological rating scale [unpublished draft]. University of Umea, Departments of Psychiatry, Schweden 1976. Arch. Psych. Scand., 1978, 271, Suppl. 5.
21. Bauer, M., Bosch, G., Freyberger, H., Haselbeck, H., Hofer, G., Janz, H.-W., Kisker, K.P., Krueger, H., Langer, D., Petersen, P., Pflanz, M., Richartz, M., Rose, H.-K., Wulff, E.: Psychiatrie. Psychosomatik - Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1980.

22. Baugher, D., Wittenborn, J.R.: Some dimensions of dysphorias and their assessment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1980, 168, 75-83.
23. Baumann, U.: Reliabilität, Validität. In: Müller, Chr. (Hrsg.): *Lexikon der Psychiatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
24. Baumann, U., Dittrich, A.: Überprüfung der Fragebogendimension P (Psychotizismus) im Vergleich zu Extraversion und Neurotizismus. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 1976, 5, 1-23.
25. Bech, P.: Assessment scales for depression: The next 20 years. *Acta Psychiat. Scand.*, 1983, 117-130.
26. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1961, 4, 561-571.
27. Beck, A.T.: *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Harper & Row, New York, Evanton, London 1967.
28. Benjaminsen, S.: Primary non-endogenous depression and features attributed to reactive depression. *Journal of Affective Disorders*, 1981, 3, 245-259.
29. Berner, P.: Diagnostic classification based on the AMDP-system. *Mod. Probl. Pharmacopsychiat.*, 1983, 20, 68-73.
30. Bieback, H.: Über die Möglichkeiten einer standardisierten Bewertung von Depressionszuständen. *Med. Diss., Univ. Marburg* 1970.
31. Binder, H.: Der Begriff der Neurose. *Schweiz. med. Wschr.*, 1947, 77, 157-163.
32. Binder, H.: Abnorme seelische Reaktionen und Entwicklungen. In: Reichardt, M.: *Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Basel, 4. Auflage 1955.
33. Binder, H.: Der psychopathologische Begriff der Neurose. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 1962, 89, 185-198.
34. Blashfield, R.K., Morley, L.C.: The classification of depression through cluster analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 1979, 20, 516-527.
35. Bleuler, E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*. 14. Aufl. von M. Bleuler, Springer Berlin, Heidelberg, New York 1979.

36. Bohrer, W.: Zusammenstellung von Beurteilungsskalen depressiver Zustände und Prüfung der Wirksamkeit einer Kombination von Amitryptilin und Lorazepam [Tavor] bei endogenen Depressiven. Med. Diss. Univ. Würzburg 1980.
37. Bojanovsky, J.: Differenzierung der psychogenen und endogenen Depression. VEB G. Fischer Verlag, Jena 1969.
38. Bojanovsky, J.: Etiopathogenetic classification of depression: 1. Classification, differential diagnosis. J. Fortschr. Med., 1980, 98, 278-280.
39. Bräutigam, W.: Reaktionen, Neurosen, Abnorme Persönlichkeiten. Thieme, Stuttgart, 4. Aufl. 1978 (1. Aufl. 1968).
40. Bräutigam, W.: Begriff, Erlebnisweise und Genese der Neurose. Nervenarzt, 1965, 36, 56-65.
41. Brengelmann, J.C., Brengelmann, C.: Deutsche Validierung von Fragebogen, E-N-NR. Z. exp. angew. Psychol., 1960, 7, 291-331.
42. Buzzard, E.F.: Discussion of the diagnosis and treatment of the milder forms of the manic-depressive psychosis. Proc. Roy. Soc. Med., 1930, 23, 881-883.
43. Carney, M.W.P., Roth, M., Garside, R.F.: The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. Brit. J. Psychiat., 1965, 111, 659-674.
44. Carroll, B.J., Feinberg, M., Smouse, P.E., Sarah, C., Greden, J.F.: The Carroll Rating Scale for depression: 1. Development, reliability and validation. Brit. J. Psychiat., 1981, 138, 194-200.
45. Chodoff, P.: The depressive personality. Arch. Gen. Psychiat., 1972, 27, 666.
46. CIPS (Collegium Internationale Psychiatriae Salarum): Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz Verlag, Weinheim, 2. Aufl. 1981.
47. Clayton, P.J., Lewis, C.E.: The significance of secondary depression. Journal of Affective Disorders, 1981, 3, 25-35.
48. Cooper, J.: The Leyton Obsessional Inventory. Psychol. Med., 1970, 1, 48-64.

49. Coryell, W., Winokur, G.: Course and outcome. In: Paykel, E.S. (Hrsg.): Handbook of affective disorders. Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne 1982.
50. Cronholm, B., Schalling, D., Asberg, M.: Development of a rating scale for depressive illness. In: Pichot, P., Olivier-Matin, R. (Eds.): Psychological measurements in psychopharmacology. Mod. Probl. Pharmacopsychiat., Basel, München, Paris 1974, 7, 139-150.
51. Crown, S., Crisp, A.H.: A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients. Brit. J. Psychiat., 1966, 112, 917-923.
52. Davidson, J.R.T., Miller, R.D., Turnbull, C.D., Sullivan, J.L.: Atypical depression. Arch. Gen. Psychiat., 1982, 39, 527-534.
53. Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W. (Hrsg.): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO: ICD, 8. Revision, Kap. V. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 4. Aufl. 1975.
54. Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W. (Hrsg.): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO: ICD, 9. Revision, Kap. V. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 5. Aufl. 1980.
55. Depue, R.A., Monroe, S.N.: The unipolar-bipolar distinction in the depressive disorders. Psychological Bulletin, 1978, 85, 1001-1029.
56. Derogatis, C.R.: SCL-90. Administration, scoring and procedures. Manual-I for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. John Hopkins University, School of Medicine 1977.
57. Dunner, D.L., Gershon, E.S., Goodwin, F.K.: Heritable factors in the severity of affective illness. Biological Psychiatry, 1976, 11, 31-42.
58. Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. et al.: The Global Assessment Scale. Arch. Gen. Psychiat., 1976, 33, 766-771.

59. Endicott, J., Spitzer, R.L.: A diagnostic interview. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat., 1978, 35, 837-844.
60. Ernst, K.: Die Prognose der Neurosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 85, Springer, Berlin 1959.
61. Ernst, K., Kind, H., Rotach-Fuchs, M.: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1968.
62. Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch.: Manuel de Psychiatrie. Masson, Paris 1967.
63. Eysenck, H.J.: Das Maudsley Personality Inventory [MPI]. Verlag f. Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1959.
64. Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G.: A factorial study of psychoticism as a dimension of personality. Multivariate behaviour research all-clinical special issue, 1968, 15-31.
65. Eysenck, H.J.: The classification of depressive illnesses. Brit. J. Psychiat., 1970, 117, 241-250.
66. Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G.: Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University, 4th edn. 1971 (1st edn. 1964).
67. Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., Munoz, R.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiat., 1972, 26, 57-63.
68. Fenichel, O.: Depression und Manie. In: Psychoanalytische Neurosenlehre. Bd. II. 1. dt. Aufl. Walter/Olten 1975. Amerikanische Erstveröffentlichung: The psychoanalytic theory of neurosis. Naton & Company, New York 1945.
69. Fischer-Cornelssen, K.A.: Fischer Symptom Check List. Acta Psychiat. Scand., 1980, 61, 228-238.
70. Foulds, G.A.: Psychotic depression and age. J. Mental Science, 1960, 106, 1394.
71. Foulds, G.A., Hope, K.: Manual for the Symptom-Sign Inventory. Univ. London Press 1968.
72. Freud, S.: Trauer und Melancholie (1917). Ges. Werke, Bd. X. S. Fischer, Frankfurt, 3. Aufl. 1963.

73. Freud, S.: Allgemeine Neurosenlehre. Ges. Werke, Bd. XI. S. Fischer, Frankfurt, 4. Aufl. 1966.
74. Gastpar, M.: The ICD-9 and SADD-criteria for depression. *Acta Psychiat. Scand.*, 1983, 310, 31-41.
75. Gillespie, R.D.: The clinical differentiation of types of depression. *Guy's Hosp. Rep.*, 1929, 9, 306-344.
76. Grinker, R.R., Mueller, J., Sabshin, M., Nunn, R., Nunnally, J.C.: The phenomena of depression. Paul B. Huber, New York 1961.
77. Gurney, C., Roth, M., Garside, R.F., Kerr, T.A., Shapira, K.: Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illness - II. *Brit. J. Psychiat.*, 1972, 121, 162-166.
78. Guy, W. (Ed.): ECDEU (Early Clinical Drug Evaluation Unit System). Assessment manual for psychopharmacology. Rev. ed., Rockville, Maryland 1976.
79. Guze, S.B., Woodruff, R.A., Clayton, P.J.: "Secondary" affective disorder: A study of '95 cases (preliminary communication). *Psychol. Med.*, 1971, 1, 426-428.
80. Hamilton, M., White, J.M.: Clinical syndroms in depressive states. *J. of. Ment. Sci.*, 1959, 105, 985-998.
81. Hamilton, M.: A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1960, 23, 56-62.
82. Hamilton, M.: A rating scale for depression revised. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.*, 1967, 6, 278-296.
83. Hempel, C.G.: Introduction to problems of taxonomy. In: Zubin (Ed.): *Field studies in the mental disorders*. Grune and Stratton, New York 1961.
84. Heron, M.J.: A note on the concept endogenous-exogenous. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1968, 38, 241-245.
85. Hirschfeld, R.M.A.: Situational depression: Validity of the concept. *Brit. J. Psychiat.*, 1981, 139, 297-305.
86. Hoche, A.: Die Melancholiefrage. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1910, 21, 193-203.

87. Hole, G.: Entwurzlungsdepressionen, Entlastungsdepressionen, existentielle Depressionen. In: Müller, Chr. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
88. Holmes, T.W., Rahe, R.H.: The Social Readjustment Rating Scale. J. Psychosom. Res., 1967, 11, 213-218.
89. Hopkinson, G., Ley, P.: A genetic study of affective disorders. Brit. J. Psychiat., 1969, 115, 917-922.
90. Huber, J.: Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, New York, 3. Aufl. 1981.
91. Jacobson, E.: Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler und psychotisch-depressiver Zustände. Suhrkamp, Frankfurt 1977.
92. Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 9. Aufl. 1973 (1. Aufl. 1913).
93. Karasu, T.B., Skodol, A.E.: Vith axis for DSM-III: Psychodynamic evaluation. Am. J. Psychiat., 1980, 137, 607-610.
94. Kendell, R.E.: The classification of depressive illness. Maudsley Monograph No. 18, Oxford University Press, London 1968.
95. Kendell, R.E., Gourlay, J.: The clinical distinction between psychotic and neurotic depressions. Brit. J. Psychiat., 1970, 11, 257-266.
96. Kendell, R.E.: The classification of depressions: A review of contemporary confusion. Brit. J. Psychiat., 1976, 129, 15-28.
97. Kendell, R.E.: Role of diagnosis in psychiatry. Blackwell Scientific Publication Osney Mead, Oxford 1975. Die Diagnose in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart 1978.
98. Kerekjarto, M. v.: Hamburger Depressionsskala (HDS). In: Hippius, M., Selbach, H. (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Internationales Symposium, Berlin, Febr. 1968. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1969.
99. Kerr, T.A., Roth, M., Shapira, K.R., Gurney, C.: The assessment and prediction of outcome in affective disorders. Brit. J. Psychiat., 1972, 121, 167-174.

100. Kielholz, P.: Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Schweiz. med. Wschr., 1957, 87, 87-102.
101. Kielholz, P.: Klassifikation der depressiven Verstimmungszustände. Das depressive Syndrom. In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg.): Internationales Symposium, Berlin, Februar 1968. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1969.
102. Kielholz, P.: Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker. J.F. Lehmanns, München 1971.
103. Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. H. Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1973.
104. Kielholz, P. (Hrsg.): Die Depression in der täglichen Praxis. H. Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1974.
105. Kielholz, P.: Diagnose und Therapie der Depression in der Praxis. Ciba Geigy, Pharma Schweiz 1979.
106. Kielholz, P., Poldinger, W., Adams, C.: Die larvierte Depression. Deutscher Ärzte Verlag 1981.
107. Kiloh, L.G., Ball, J.R.B., Garside, R.F.: Prognostic factors in the treatment of depressive states with imipramine. Brit. Med. J., 1962, 1, 1225-1227.
108. Kiloh, L.G., Garside, R.F.: The independence of neurotic depression and endogenous depression. Brit. J. Psychiat., 1963, 109, 451-463.
109. Kiloh, L.G., Andrews, G., Neilson, M., Bianchi, G.N.: The relationship of syndroms called endogenous and neurotic depression. Brit. J. Psychiat., 1972, 121, 183-196.
110. Klein, D.F.: Endogenomorphie depression. A conceptual and terminological revision. Arch. Gen. Psychiat., 1974, 31, 447-454.
111. Klerman, G.L., Endicott, J., Spitzer, R., Hirschfeld, R.M.A.: Neurotic depression: A systematic analysis of multiple criteria and meanings. Am. J. Psychiat., 1979, 136, 57-61.
112. Klerman, G.L.: Other specific affective disorders. In: Freedman, A.M., Kaplan, H.J., Sadock, B.J. (Eds.): Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, London, 3rd ed. 1980.

113. Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studenten und Ärzte. Barth, Leipzig, 6. Aufl. 1899, 8. Aufl. 1909 10/13/15.
114. Krauss, W.: Objektivierende Untersuchungen zur prä-morbidem Persönlichkeit von Neurotikern. Med. Diss., Univ. München 1972.
115. Kuiper, P.C.: Neurotische Depressionszustände. In: Die seelischen Krankheiten des Menschen. Huber/Klett, Stuttgart 1968 (1. Aufl. 1966).
116. Labhardt, F., Ladewig, U.: Exogen. In: Müller, Chr. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
117. Lange, J.: Über Melancholie. Z. Neurol. Psychiat., 1926, 101, 293-319.
118. Langen, D.: Psychotherapie. Kompendium für Studierende und Ärzte. Thieme, Stuttgart, 3. Aufl. 1973.
119. Lazare, A., Klerman, G.C., Amor, D.J.: Oral, obsessive and hysterical personality pattern. Arch. Gen. Psychiat., 1966, 14, 624-630.
120. Lemperrière, Ph., Feline, A.: Abrégé de Psychiatrie de l'Adult. Masson, Paris 1981.
121. Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie-Verlag, Berlin 1966 (1. Aufl. 1957).
122. Lewis, A.: Endogenous and exogenous: A useful dichotomy? Psychol. Med., 1971, 1, 191-196.
123. Looney, J.G., Gunderson, E.: Transient situational disturbances: Course and outcome. Am. J. Psychiat., 1978, 135, 660-663.
124. Lorr, M., Klett, C.J.: Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale. Consulting Psychologist Press, Ed. Palo Alto, California 1966.
125. Mapother, E.: Discussion on manic-depressive psychosis. Brit. Med. J., 1926, 2, 872-876.
126. Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M.: Clinical psychiatry. Baillière, Tindal & Carroll, London, 3. Aufl. 1969.
127. Mendels, J., Cochrane, C.: The nosology of depression: The endogenous-reactive concept. Am. J. Psychiat., 1968, 124, 1-11.

128. Menninger, K.: Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit. Piper, München 1968.
129. Meyer, J.E.: Diagnostische Einteilungen und Diagnose-schemata in der Psychiatrie. In: Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, M., Strömngren, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. III, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1961.
130. Möller, H.-J., Pirée, S., Zerssen, D. v.: Psychia-trische Klassifikation. Nervenarzt, 1978, 49, 445-455.
131. Mombour, W.: Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes. Teil 1: Psychiat. Clin., 1972, 5, 73-120, Teil 2: Psychiat. Clin., 1972, 5, 137-157.
132. Mombour, W.: Syndrome bei psychiatrischen Erkrankun-gen. Eine vergleichende Untersuchung mit Hilfe von zwei Schätzskalen für den psychopathologischen Be-fund (IMPS und AMP-Skala). Arch. Psychiat. Ner-venkr., 1974, 219, 331-350.
133. Mombour, W.: Klassifikation, Patientenstatistik, Re-gister. In: Kisker, K.P., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömngren, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegen-wart. Bd. III, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1975.
134. Mombour, W.: Klinische Methodologie. In: Hippius, H. (Hrsg.): Zum Stand der Depressionsforschung. Sym-posium der Troponwerke am 19.11.1976. Das ärztli-che Gespräch, Bd. 26, Privatdruck der Troponwerke, Köln 1976, 2-27.
135. Mombour, W.: Die 9. Revision des Diagnosenschlüssels und Glossars psychiatrischer Erkrankungen der WHO: Unterschiede zur 8. Revision. Nervenarzt, 1980, 51, 505-511.
136. Montgomery, S.A., Asberg, M.: A new depressive scale sensitive to change. Brit. J. Pschiat., 1979, 134, 382-389.
137. Mora, G.: Adolf Meyer. In: Freedman, A.M., Kaplan, H., Sadock, B.J. (Eds.): Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, Lon-don, 3rd ed. 1980.
138. Munro, A.: Some familial and social factors in de-pressive illness. Brit. J. Psychiat., 1966, 112, 429-441.

139. Nelson, J.C., Charney, D.S.: Primary affective disorder criteria and the endogenous/reactive distinction. Arch. Gen. Psychiat., 1980, 37, 787-792.
140. Nemiah, J.C.: Depressive neurosis. In: Freedman, A.M., Kaplan, H., Sadock, B.J. (Eds.): Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, London, 2nd ed. 1975.
141. Obermair, W., Rickels, K., Stoll, K.D.: Test zur Erfassung der Schwere einer Depression. In: Collegium Internationale Psychiatriae Sclalarum (CIPS). Beltz Test GmbH, Weinheim, 2. Aufl. 1981.
142. Overall, J.E., Hollister, L.E., Johnson, M., Pennington, V.: Nosology of depression and differential response to drugs. J. Amer. Med. Ass., 1966, 195, 946-950.
143. Overall, J.E., Gorham, D.R.: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Psychol. Rep., 1962, 10, 799-812.
144. Pauleikhoff, B., Mester, H.: Abnorme Reaktionen und Entwicklungen. In: Kisker, K.-P., Meyer, J.-E., Müller, M., Strömgren, E.: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/1, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2. Aufl. 1972.
145. Paykel, E.S.: Classification of depressed patients: A cluster analysis derived grouping. Brit. J. Psychiat., 1971, 118, 275-288.
146. Paykel, E.S.: Depressive typologies and response to amitriptyline. Brit. J. Psychiat., 1972, 120, 147-156.
147. Paykel, E.S., Henderson, A.J.: Application of cluster analysis in the classification of depression: A replication study. Neuropsychobiology, 1977, 3, 111-119.
148. Paykel, E.S.: Response to treatment and depressive classification. In: Burrows, E.D. (Ed.): Handbook of studies on depression. Excerpta Medica 1977.
149. Paykel, E.S.: Recent life events in the development of the depressive disorders. In: Depue, R.A. (Ed.): The psychobiology of the depressive disorders. Implication for the effects of stress. Academic Press, New York, London, Toronto, Sydney, San Francisco 1979.

150. Perris, C.: A survey of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiat. Scand.*, 1966, Suppl. 194, Vol. 42.
151. Perris, C.: The distinction between bipolar and unipolar affective disorders. In: Paykel, E.S. (Ed.): *Handbook of affective disorders*. Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York 1982.
152. Pietzcker, A., Gebhardt, R., Freudenthal, K.: Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von psychopathologischen Symptomen bei schwierigen Differentialdiagnosen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1981, 230, 141-157.
153. Pietzcker et al.: Depressive syndromes and scales in the AMDP-system. *Acta Psychiat. Scand.*, 1983, Suppl. 310, 65-84.
154. Pilowsky, J., Lewine, S., Boulton, D.M.: The classification of depression by numerical taxonomy. *Brit. J. Psychiat.*, 1969, 115, 937-945.
155. Pilowsky, J.: Further validation of a questionnaire method for classifying depressive illness. *Journal of Affective Disorders*, 1979, 1, 179-185.
156. Prusoff, B.A., Paykel, E.S.: Typological prediction of response to amitryptiline: A replication study. *Int. Pharmacopsychiatr.*, 1977, 12, 153-159.
157. Redlich, Fr., Freedman, D.X.: *Theorie und Praxis der Psychiatrie*. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1970.
158. Reiss, E.: Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. *Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat.*, Orig. II, 347, 1910.
159. Robins, E., Guze, S.B.: Classification of affective disorders: The primary-secondary, the endogenous-reactive, and the neurotic-psychotic concepts. In: Williams, T.A., Katz, M.M., Shield, J.A. (Eds.): *Recent advances in the psychobiology of the depressive illness*. Department of Health, Education and Welfare publication 1972.
160. Rosenthal, S.H., Klerman, G.L.: Content and consistency in the endogenous depressive pattern. *Brit. J. Psychiat.*, 1966, 112, 471-484.
161. Rosenthal, S.H., Gudeman, J.E.: The self-pitying constellation in depression. *Brit. J. Psychiat.*, 1967, 113, 485-489.

162. Rosenthal, S.H., Gudeman, J.E.: The endogenous depression pattern. Arch. Gen. Psych., 1967, 16, 241-249.
163. Roth, M., Gurney, C., Garside, R.F., Kerr, T.A.: Studies in the classification of affective disorders. Brit. J. Psychiat., 1972, 121, 147-161.
164. Roth, M.: Studies in the classification of affective disorders I: Proposals towards a synthesis of new and old concepts. Presented at the Adolph Meyer symposium on psychobiology. Centennial of John Hopkins University, March 15, 1976. 1977.
165. Roth, M.: The borderlands of anxiety and depressive states and their bearing on new and old models for the classification of depression. In: van Praag H.M., Brunvels, J. (Eds.): Neurotransmission and disturbed behavior. Utrecht, Bohn, Scheltema Holtema 1977.
166. Roth, M.: The classification of affective disorders. Pharmakopsychiat., 1978, 11, 27-42.
167. Roth, M., Mountjoy, C.Q.: The distinction between anxiety states and depressive disorders. In: Paykel, E.S. (Ed.): Handbook of affective disorders. Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York 1982.
168. Rudolf, G.: Psychischer und sozial-kommunikativer Befund. Z. Psychosom. Med. Psychoanal., 1979, 25, 1-15.
169. Rueger, U.: Die neurotische Depression und depressive Reaktion in der Allgemeinpraxis. In: Depressionsbehandlung in der ärztlichen Praxis. Bulletin Nr. 9 d. Int. P.T.D.-Komitees, 1980.
170. Sandler, J.R., Hazari, A.: The obsessional: On the psychological classification of obsessional character, traits and symptoms. Brit. J. Med. Psychol., 1960, 33, 113-122.
171. Sartorius, N., Jablensky, A., Gulbinal, W., Ernberg, G.: WHO collaborative study: Assessment of depressive disorders. Psychol. Med., 1980, 10, 743-749.
172. Schäfer, M.L.: Zur Problematik des engen Neurosebegriffs. Nervenarzt, 1976, 47, 544-551.

173. Schapira, K., Roth, M., Kerr, T.A., Gurney, C.: The prognosis of affective disorders: The differentiation of anxiety states from depressive illness. Brit. J. Psychiat., 1972, 121, 175-181.
174. Schatzberg, A.F.: Classification of depressive disorders. In: Cole, J.O., Schatzberg, A.F., Frazier, S.H. (Eds.): Depression: Biology, psychodynamics and treatment. Plenum Press, New York, London 1978.
175. Schepank, H.: Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen. Tiefenpsychologische Untersuchung an 50 Zwillingspaaren. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie 11, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1974.
176. Schmid, W., Bronisch, T., v. Zerssen, D.: A comparative study of PSE/CATEGO and Diasika. Two psychiatric computer diagnostic systems. Brit. J. Psychiat., 1982, 141, 292-295.
177. Schmidt-Degenhard, M.: Melancholie und Depression. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin u.a. 1983.
178. Schneider, K.: Versuche über die Arten der Verständlichkeit. Z. ges. Neurol. Psychiat., 1922, 75, 323-327.
179. Schneider, K.: Die abnormen seelischen Reaktionen. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie, Deuticke, Leipzig, Wien 1927.
180. Schneider, K.: Über Depressionszustände. Z. ges. Neurol. Psychiat., 1932, 138, 584-589.
181. Schneider, K.: Beiträge zur Psychiatrie. Psychopathologie der Gefühle und Triebe. Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose. Abnorme Erlebnisreaktion. Thieme, Stuttgart 1946.
182. Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart, 5. Aufl. 1958, 10. Aufl. 1973.
183. Schulte, W., Tölle, R.: Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 6. Aufl. 1982.
184. Schultz-Hencke, H.: Die depressive Neurosenstruktur. In: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1969 (1. Aufl. 1950).

185. Schwidder, W.: Klinik der Neurosen. In: Kisker, K.P., Meyer, J.-E., Müller, M., Strömgren, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/1, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2. Aufl. 1972.
186. Selbach, H., Hippus, H.: Klinische und theoretische Aspekte der Pharmakotherapie des depressiven Syndroms. Wiener med. Wschr., 1960, 110, 264-268.
187. Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E.: Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. Arch. Gen. Psychiat., 1978, 35, 773-782.
188. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W.: Classification of mental disorders and DSM III. In: Freedman, A.M., Kaplan, H., Sadock, B.J. (Eds.): Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, London, 3rd ed. 1980.
189. Spörri, Th.: Kompendium der Psychiatrie. Karger, Basel, München, New York, 6. Aufl. 1970.
190. Steinmeyer, E.-M.: Depression: Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980.
191. Stengel, E.: Classification of mental disorders. Bull. World Health Org., 1959, 21, 601-663.
192. Strotzka, H.: Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1975.
193. Strömgren, E.: Zit. bei Amark, C.: A study in alcoholism. Acta Psychiat. Neurol. Scand., 1951, 70, 1-283.
194. Szasz, T.S.: Geisteskrankheit - ein moderner Mythos? Olten/Walter 1973.
195. Vliegen, J.: Einheitspsychose. In: Müller, Chr. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
196. Völkel, H.: Neurotische Depression. Thieme, Stuttgart 1959.
197. Wechsler, H., Grosser, G.H., Bushfield, B.L.: The Depression Rating Scale. Arch. Gen. Psychiat., 1963, 9, 334-343.

198. Weissman, M.M., Pottenger, M., Kleber, H., Ruben; H.L., Williams, D., Thompson, W.D.: Symptom patterns in primary and secondary depression. Arch. Gen. Psychiat., 1977, 34, 854-862.
199. Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Klerman, G.L.: Personality in the prediction of long outcome of depression. Am. J. Psychiat., 1978, 135, 797-800.
200. Weitbrecht, H.J.: Psychiatrie im Grundriß. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 3. Aufl. 1973.
201. Wieck, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. UTB Schattauer, Stuttgart, New York, 2. Aufl. 1977.
202. Winer, J.A., Pollock, G.H.: Adjustment disorders. In: Freedman, A.M., Kaplan, H.J., Sadock, B.J. (Eds.): Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, London, 3. edn. 1980.
203. Wing, J.U., Cooper, J.E., Sartorius, N.: Present State Examination. 9. Fassung 1973. Medical Research Council, Cambridge University Press. Dt. Bearb.: v. Cranach, M., Beltz-Verlag, Weinheim 1978.
204. Winokur, G., Ferris, N., Pitts, J.: Affective disorders: Is reactive depression an entity? J. Nerv. Ment. Dis., 1964, 138, 541-547.
205. Winokur, G., Clayton, P.J.: Family history studies - I: Two types of affective disorders separated according to clinical and genetic factors. In: Wortis, J. (Ed.): Recent advances in biological psychiatry. Plenum Press, New York 1967.
206. Winokur, G., Clayton, P.J.: Family history studies - II: Sex differences in primary affective illness. Brit. J. Psychiat., 1967, 113, 973-979.
207. Winokur, G.: Family history studies - VIII. Secondary depression is alive and well and ... Dis. Nerv. Syst., 1972, 33, 94-99.
208. Winokur, G.: Genetic findings and methodological consideration in manic-depressive disease. Brit. J. Psychiat., 1970, 117, 267-274.
209. Winokur, G., Cadoret, R., Dorzab, J., Baker, M.: Depressive disease: A genetic study. Arch. Gen. Psychiat., 1971, 24, 135-144.

210. Winokur, G.: The types of affective disorders. J. Nerv. Ment. Dis., 1973, 156, 82-96.
211. Winokur, G., Behar, D., van Valkenburg, Ch., Lowry, M.: Is a familial definition of depression both feasible and valid? J. Nerv. Ment. Dis., 1978, 166, 764-768.
212. Winokur, G.: Unipolar depression: Is it divisible into autonomous subtypes? Arch. Gen. Psychiat., 1979, 36, 47-52.
213. Wittenborn, J.R.: Psychiatric Rating Scale. In: Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum [CIPS]. Beltz-Test GmbH, Weinheim, 2. Aufl. 1981.
214. Wood, D., Othmer, S., Reich, T., Viesselmann, J., Rutt, C.: Primary and secondary affective disorder. A past social history and current episodes in 92 depressive patients. Comprehensive Psychiatry, 1977, 18, 201-210.
215. Woodruff, R.A., Murphy, C.E., Herjanic, M.: The natural history of affective disorders - I. Symptoms of 72 patients of the time of index hospital admission. J. Psychiat. Res., 1967, 5, 255-263.
216. Woodruff, R.A., Guze, S.B., Clayton, P.J.: Unipolar and bipolar primary affective disorder. Brit. J. Psychiat., 1971, 119, 33-38.
217. World Health Organisation: Mental disorders. Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases. World Health Organisation, Geneva 1979.
218. World Health Organisation: Glossar zum WHO-Instrument für eine standardisierte Beurteilung von Patienten mit depressiven Störungen (SADD), WHO, Geneva, 5. Revision 1979 (dt. 1981).
219. Wynne, L.C.: Transient situational disturbances - adjustment reaction of adult life - In: Freedman, A.M., Kaplan, H.J., Sadock, B.J. (Eds.): Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, London, 2nd edn. 1975.
220. Zerssen, D. v.: Die Diagnostische Sichtlochkartei (DiaSiKa) - ein einfaches Instrument zur Standardisierung der psychiatrischen Diagnostik. (zu veröffentlichen).

221. Zerssen, D. v.: Nosologie. Diagnose. Typus. In: Müller, Chr. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
222. Zerssen, D. v. (unter Mitarbeit von Koeller, D.-M.): Klinische Selbstbeurteilungsskalen [KSb-S] aus dem Münchner Psychiatrischen Informations-System [Psychis München]. Paranoid-Depressivitäts-Skala sowie Depressivitäts-Skala. Manual. Beltz-Test GmbH, Weinheim 1976.
223. Zerssen, D. v.: Klinisch psychiatrische Selbstbeurteilungs-Fragebögen. In: Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstuecker, G. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis. Bd. 2, H. Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1979.
224. Zerssen, D. v., Möller, H.J.: Psychopathometrische Verfahren in der psychiatrischen Therapieforchung. In: Biefang, S. (Hrsg.): Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen und Methoden. Thieme, Stuttgart 1980.
225. Zerssen, D. v.: Die Befindlichkeitsskala. In: Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (CIPS). Beltz-Test GmbH, Weinheim, 2. Aufl. 1981.
226. Zerssen, D. v.: Depressivitäts-Skala. In: Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (CIPS). Beltz-Test GmbH, Weinheim, 2. Aufl. 1981.
227. Zerssen, D. v.: Die Beschwerden-Listen. In: Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (CIPS). Beltz-Test GmbH, Weinheim, 2. Aufl. 1981.
228. Zerssen, D. v.: Personality and affective disorders. In: Paykel, E.S. (Ed.): Handbook of affective disorders. Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York 1982.
229. Zung, W.W.K.: The Depressive Status Inventory. An adjunct to the Self-Rating Depression Scale. J. clin. Psychol., 1972, 28, 539-543.
230. Zung, W.W.K.: A Self-Rating Depression Scale. Arch. Gen. Psychiat., 1965, 12, 63-70.
231. Zung, W.W.K.: A Rating Instrument for Anxiety Disorders. Psychosomatic, 1971, 12, 371-379.

LEBENS LAUF

- Name: Beate Ollesch
- Geboren: Am 10. Dezember 1959 in Gelsenkirchen als Tochter des Buchbinders Werner Ollesch und seiner Ehefrau Christine Ollesch, geb. Böcker.
- Grundschule: 1966 bis 1969 in Essen.
- Gymnasium: Besuch des Gymnasiums an der Grashofstraße in Essen von 1969 bis 1978.
Abitur im Mai 1978.
- Studium: Beginn des Medizinstudiums im Wintersemester 1978 an der Universität Regensburg. Physikum im August 1980. Fortsetzung des Studiums an der Technischen Universität München ab dem Wintersemester 1980.

Im April 1985 Abschluß des Medizinstudiums mit dem letzten Teil des Staatsexamens. Erlangung der Approbation als Ärztin.
- Berufstätigkeit: Im Juni 1985 Aufnahme einer Tätigkeit als Assistenzärztin an der psychiatrischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren.



